



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRO-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**



PRISCILA MARTINS MENDES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

**TERESINA-PI
2018**

PRISCILA MARTINS MENDES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino

**TERESINA-PI
2018**

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde
Serviço de Processamento Técnico

Mendes, Priscila Martins.
M538c Cultura de segurança do paciente em unidades básicas de saúde de uma capital do nordeste brasileiro / Priscila Martins Mendes. -- 2018.
178 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

“Orientação : Profa. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino.”

Bibliografia

1. Segurança do Paciente. 2. Cultura Organizacional. 3. Pessoal de Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título. II. Universidade Federal do Piauí – Teresina.

CDD 610.73

PRISCILA MARTINS MENDES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Aprovada em: 17 de dezembro de 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino
Orientadora/Presidente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues
Examinadora Externa – Universidade de Brasília (UnB)

Prof.^a Dra. Silvana Santiago da Rocha
Examinadora Interna – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva
Suplente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Dedico esta dissertação

Aos meus pais, Leide e Justino, que me ensinaram a seguir em frente.

Ao meu amor, Raphael, por todo apoio e compreensão.

Vocês, sem dúvidas, são os meus maiores incentivadores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus porque sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais, **Leide Maria Martins Mendes** e **Justino Mendes Lopes Filho**, pelo apoio incondicional, mesmo que não soubessem exatamente o quão difícil seria a pesquisa. Obrigada por sempre investirem na minha educação, por me incentivarem e por viverem esse sonho comigo. Essa vitória é para vocês!

Ao meu namorado, **Raphael Felipe da Rocha e Silva**, por me escutar sempre que algum problema na pesquisa parecia não ter fim. Obrigada pelo seu amor, companheirismo e cuidado, que não se resume a esse mestrado, mas, durante todo o tempo que estamos juntos. Você me incentiva diariamente.

À **Universidade Federal do Piauí**, em nome do Magnífico Reitor José Arimateia Dantas Lopes, pela oportunidade de construção desse sonho desde a graduação. A **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pelo incentivo e financiamento da pesquisa. Ao **Departamento de Enfermagem** que me acolheu novamente nessa nova fase de aprendizado e ensino para as novas turmas de enfermagem.

Aos docentes do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** que participaram da minha formação no mestrado, em especial as professoras **Prof.^a Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos** e **Prof.^a Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia**, da disciplina de Metodologia da Pesquisa e **Prof. Dr. Fernando Lopes e Silva Júnior**, da disciplina de Métodos Quantitativos, pelas contribuições durante as aulas que proporcionaram o desenvolvimento deste trabalho. Obrigada!

À minha orientadora, **Prof.^a Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino**, pela oportunidade de realizar este trabalho. Os desafios que foram propostos favoreceram amadurecimento pessoal e profissional. Agradeço a acolhida que vem sendo construída desde o quarto período da graduação, a confiança depositada e a paciência em ensinar. Adianto que nosso trabalho pela segurança do paciente não acaba aqui.

Às professoras participantes da banca examinadora **Prof.^a Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues**, **Prof.^a Dra. Silvana Santiago da Rocha** e **Prof.^a Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva** por aceitarem o convite para participar desta banca, pela disponibilidade, compartilhando saberes e agregando novos conhecimentos. Obrigada pelas valiosas contribuições.

Ao **Grupo de Pesquisa em Segurança do Paciente e Sistematização da Assistência em Enfermagem**, espaço dedicado para aprender, pesquisar, compartilhamento saberes e experiências que nos faz colaborar com as pesquisas

uns dos outros. Em especial, agradeço aos acadêmicos **Ana Gabriela Silva Sá, Juliana Vieira Ramos e Pedro Vitor Mendes Barroso** que participaram da fase de coleta de dados e vivenciaram a pesquisa na Iniciação Científica Voluntária. A atuação de vocês foi valiosa. Desejo sucesso profissional. Obrigada!

Aos **colegas da 11ª Turma de Mestrado** pela convivência diária, em especial a **Ingrid Moura** com quem dividi as orientações e estágio docência e as demais mestrandas **Aline Amaral, Márcia Ribeiro, Giselle Ibiapina, Nadyelle Alencar** que nessa reta final tornaram-se pontos de apoio e desabafo.

Às amigas **Letícia Lustosa, Samya Soares, Raísa Leocádio, Renata Vieira, Vanessa Oliveira, Ingrid Carvalho, Cyntian Campelo, Camilla Nunes, Márcia Ferreira e Ingrid Nolêto** pelas horas de desabafo, distrações e alegrias.

Aos **familiares** pela torcida desde sempre, em especial minha avó **Socorro Lopes**.

À **Fundação Municipal de Saúde** por autorizar a pesquisa. Às **Unidades Básicas de Saúde**, cenários desse estudo, e aos **profissionais de saúde e áreas de apoio** pela oportunidade de desenvolvimento da pesquisa, espero poder contribuir para uma assistência segura na Atenção Primária à Saúde. Agradeço também aos profissionais que recusaram, de certa forma vocês colaboraram para a adoção de novas estratégias durante a coleta de dados. Muito obrigada!

A todos os **servidores do departamento de enfermagem e da pós-graduação**, pela disponibilidade, colaboração e receptividade, em especial à **Ruth, Leonardo, Ribamar Junior e Lucinete**.

Meus sinceros agradecimentos a todos!

*“Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível, e de repente, você
estará fazendo o impossível”*

São Francisco de Assis

RESUMO

A segurança do paciente tornou-se um dos principais assuntos pesquisados no mundo. Uma das estratégias de melhoria da prestação de cuidados é a incorporação da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde, dentre eles na atenção primária à saúde (APS). O objetivo deste estudo foi avaliar a cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais da equipe multiprofissional e das áreas de apoio. Trata-se de um estudo transversal, com amostra estratificada por regionais de saúde, totalizando 332 participantes. Os dados foram coletados em três regionais de saúde (norte/centro, leste/sudeste e sul) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana de uma capital do Nordeste, no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018. Para análise dos dados realizou estatística descritiva e analítica. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Federal do Piauí sob o parecer nº 2.216.556. A amostra caracterizou-se por profissionais com idade entre 22 e 71 anos, com média e desvio padrão de 43,1±9,9 anos, com predominância do sexo feminino (80,4%), com pós-graduação (31,6%). O cargo mais frequente foi “outro pessoal clínico” (52,4%) constituída majoritariamente por agentes comunitários de saúde (ACS) (56,7%), seguida dos técnicos de enfermagem (27,1%) e dos enfermeiros (15,1%), o tempo de trabalho no serviço foi de 11 anos ou mais (47,8%). Quanto ao conhecimento dos participantes sobre segurança do paciente, nas três regionais 65,4% nunca fizeram curso na área, 53,9% responderam corretamente o conceito da temática. No consolidado das três regionais, as dimensões frágeis foram “pressão no trabalho e ritmo” e “apoio dos gestores na segurança do paciente” e as áreas fortalecida “trabalho em equipe”, “seguimento da assistência ao paciente”, “aprendizagem organizacional” e “percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade”. Na avaliação global da qualidade, o serviço foi classificado pelos participantes como “bom”. Foram identificadas que quatro áreas da qualidade (centrado no paciente, efetivo, pontual e eficiente) apresentaram fragilidades, apenas a “imparcial” alcançou porcentagem positiva (52,9%). Na avaliação dos sistemas e processos clínicos, 46,9% dos participantes classificaram seus serviços como “bom”. Das doze dimensões avaliadas, três demonstraram valores classificados em aceitável, bom e excelente. No geral, o MOSPSC apresentou boa confiabilidade. A análise dos comentários dos participantes trabalhou com três eixos temáticos: educação permanente na atenção primária; condições de trabalho e qualidade do cuidado; e comunicação efetiva e processos de trabalho. Nos discursos é possível confirmar fragilidades no sistema baseadas na ausência de processos educativos, falta de segurança, falta de infraestrutura e insumos e falhas na comunicação. Conclui-se que para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente nas UBS é preciso trabalhar nas fragilidades encontradas considerando que mudanças deverão ser planejadas, implementadas e avaliadas para melhoria dos processos e promoção da segurança do paciente. Os pontos fortes e não problemáticos observados na pesquisa deverão aprimorar suas ações.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Pessoal de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Patient safety has become one of the top subjects researched in the world. One of the strategies to improve care delivery is to incorporate the culture of patient safety into health services, including primary health care (PHC). The objective of this study was to evaluate the safety culture of the patient in the primary health care from the perspective of the professionals of the multiprofessional team and the support areas. This is a transversal study, with a sample stratified by regional health, totaling 332 participants. The data were collected in three health centers (north/center, east/southeast and south) in the Basic Health Units of the urban area of a capital of the Northeast, from November 2017 to February 2018. Descriptive and analytical statistics were performed to analyze the data. The research was approved by the Ethics Committee in Research at the Federal University of Piauí under opinion No. 2,216,556. The sample was characterized by professionals aged between 22 and 71 years, with a mean and standard deviation of $43,1 \pm 9,9$ years, predominantly female (80.4%), with postgraduate studies (31,6%). The most frequent position was "other clinical staff" (52,4%), mostly community health workers (56,7%), followed by nursing technicians (27,1%) and nurses (15,1%), the working time in the service was 11 years or more (47.8%). Regarding the participants' knowledge about patient safety, in the three regional ones, 65.4% never had a course in the area, 53.9% correctly answered the concept of the subject. In the consolidated of the three regional, the fragile dimensions were "pressure at work and pace" and "support of managers in patient safety" and strengthened areas "teamwork", "patient care follow-up", "organizational learning" and "General perception about patient safety and quality". In the overall quality assessment, the service was rated by participants as "good". It was identified that four areas of quality (focused on the patient, effective, punctual and efficient) presented weaknesses, only the "unbiased" reached a positive percentage (52,9%). In the evaluation of clinical systems and processes, 46,9% of the participants classified their services as "good". Of the twelve dimensions evaluated, three demonstrated values classified as acceptable, good and excellent. In general, MOSPSC showed good reliability. The analysis of the participants' comments worked on three thematic axes: permanent education in primary care; working conditions and quality of care; and effective communication and work processes. In speeches it is possible to confirm weaknesses in the system based on the absence of educational processes, lack of security, lack of infrastructure and inputs and failures in communication. It is concluded that for the development of a culture of patient safety in the BHU, it is necessary to work on the fragilities found considering that changes should be planned, implemented and evaluated to improve processes and promote patient safety. The strengths and non-problems observed in the research should improve their actions.

Key-words: Patient Safety. Organizational Culture. Health Personnel. Primary Health Care.

RESUMEN

La seguridad del paciente se convirtió en uno de los principales temas investigados en el mundo. Una de las estrategias de mejora en la prestación de cuidados es la incorporación de la cultura de seguridad del paciente en los servicios de salud, entre ellos en la Atención Primaria de la Salud (APS). El objetivo de este estudio fue evaluar la cultura de seguridad del paciente en la APS, según la perspectiva de los profesionales del equipo multiprofesional y de las áreas de apoyo. Se trata de un estudio transversal, con muestra estratificada por regionales de la salud, totalizando 332 participantes. Se recolectaron los datos en tres regionales de la salud (norte/centro, este/sureste y sur) en las Unidades Básicas de Salud (UBS) de la zona urbana de una capital del noreste, en el período de noviembre de 2017 a febrero de 2018. Para analizar los datos, se llevó a cabo la estadística descriptiva y analítica. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación en la Universidad Federal de Piauí, bajo el nº 2.216.556. La muestra se caracterizó por profesionales con edad entre 22 y 71 años, con una media y desviación estándar de $43,1 \pm 9,9$ años, con predominancia del sexo femenino (80,4%), con posgrado (31,6%). El cargo más frecuente fue “otro personal clínico” (52,4%), constituido mayoritariamente por Agentes Comunitarios de la Salud (ACS) (56,7%), seguida de técnicos en enfermería (27,1%) y enfermeros (15,1%). El tiempo de trabajo en el servicio fue de 11 años o más (47,8%). En relación al conocimiento de los participantes sobre seguridad del paciente, en las tres regionales, 65,4% nunca realizaron carrera en el área, 53,9% respondieron correctamente sobre el concepto de la temática. En lo referente a lo consolidado de las tres regionales, las dimensiones frágiles fueron “presión en el trabajo y ritmo” y “apoyo de los gestores en la seguridad del paciente”; y las áreas fortalecida “trabajo en equipo”, “seguimiento de la atención al paciente”, “aprendizaje organizacional” y “percepción general sobre seguridad del paciente y calidad”. En la evaluación global de la calidad, el servicio se clasificó, según los participantes, como “bueno”. Se identificaron que cuatro áreas de calidad (foco en el paciente, efectivo, puntual y eficiente) presentaron fragilidades, solo lo “imparcial” logró un porcentaje positivo (52,9%). En la evaluación de los sistemas y procesos clínicos, 46,9% de los participantes clasificaron sus servicios como “bueno”. De las doce dimensiones evaluadas, tres demostraron valores clasificados como “aceptable”, “bueno” y “excelente”. En general, el MOSPSC presentó buena confiabilidad. El análisis de los comentarios de los participantes trabajó con tres ejes temáticos: educación permanente en la atención primaria; condiciones laborales y calidad del cuidado; y comunicación eficaz y procesos de trabajo. En los discursos se pudo confirmar las fragilidades en el sistema, basadas en la ausencia de procesos educativos, la falta de seguridad, la falta de infraestructuras e insumos; y las fallas de comunicación. Se pudo concluir que para desarrollar una cultura de seguridad del paciente en las UBS, es necesario trabajar en las fragilidades encontradas, considerando que los cambios deben ser planificados, implementados y evaluados para mejorar los procesos y promover la seguridad del paciente. Los puntos fuertes y no problemáticos observados en la investigación deberán mejorar sus acciones.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Cultura organizacional. Personal de salud. Atención primaria de la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo do Queijo Suíço no Sistema de Acidentes por James Reason.....	36
Figura 2	Matriz de avaliação de desempenho do sistema de saúde - PROADESS/MS - Fundação Oswaldo Cruz, 2011.....	42
Figura 3	População e Amostra dos participantes das três regionais pesquisadas. Teresina-PI, Brasil, 2018.....	52
Figura 4	Pontos de corte para percentuais das dimensões do questionário MOSPSC. Teresina-PI, Brasil, 2018.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Seis metas internacionais para a segurança do paciente preconizadas pela Joint Commission International e a Organização Mundial de Saúde.....	30
Quadro 2	As 13 áreas de ação do Programa Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde.....	32
Quadro 3	Quantitativo de Profissionais segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES em abril de 2017. Teresina-PI, Brasil.....	50
Quadro 4	Tamanho amostral de profissionais e UBS dividida entre regionais.	51
Quadro 5	Categorias e Tipos de Variáveis sociodemográficas, de prática profissional e de conhecimento sobre segurança do paciente utilizadas no estudo. Teresina-PI, Brasil, 2018.....	57
Quadro 6	Categorias e Tipos de Variáveis das 12 Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente avaliadas pelo questionário <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> versão traduzida e adaptada para o Brasil. Teresina-PI, Brasil, 2018.....	58
Quadro 7	Valores de Alfa de Cronbach e Confiabilidade. Teresina-PI, Brasil, 2018.....	62
Quadro 8	Níveis de respostas e categorias negativas, neutras e positivas do questionário MOSPSC. Teresina-PI, Brasil, 2018.....	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões da cultura de segurança do paciente da Regional Norte/Centro, Teresina - PI, Brasil, 2018.....	70
Gráfico 2	Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões da cultura de segurança do paciente da Regional Leste/Sudeste, Teresina - PI, Brasil, 2018.....	71
Gráfico 3	Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões da cultura de segurança do paciente da Regional Sul, Teresina - PI, Brasil, 2018.....	72
Gráfico 4	Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões da cultura de segurança do paciente, Teresina - PI, Brasil, 2018.....	73
Gráfico 5	Percentual de respostas nos itens sobre avaliação global da qualidade e em segurança do paciente. Teresina-PI, Brasil, 2018.	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos profissionais participantes da pesquisa por regional de saúde e total (n=332), Teresina – PI, Brasil, 2018.....	67
Tabela 2	Conhecimento sobre a segurança do paciente por regional de saúde (n=332). Teresina - PI, Brasil, 2018.....	68
Tabela 3	Frequência de respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe” das regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	75
Tabela 4	Frequência de respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Pressão no trabalho e ritmo” das regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	77
Tabela 5	Frequência das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Treinamento da equipe” das regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	78
Tabela 6	Frequência das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Processos de trabalho e padronização” das regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	80
Tabela 7	Frequência das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Comunicação aberta” nas regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	82
Tabela 8	Frequência das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Seguimento da assistência ao paciente” nas regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	83
Tabela 9	Frequência das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Comunicação sobre o erro” das regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	85
Tabela 10	Frequência das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Apoio dos gestores na segurança do paciente” das regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	86
Tabela 11	Frequência das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Aprendizagem organizacional” das regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	87
Tabela 12	Frequência das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade” das regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	89
Tabela 13	Frequência das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade” das regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	91
Tabela 13 (continuação)	Frequência das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade” das regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	92
Tabela 14	Frequência das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Troca de informações com outras instituições” das regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	94
Tabela 15	Frequência das respostas na avaliação global da qualidade e segurança do paciente segundo MOSPSC por zonas, Teresina-PI, Brasil, 2018.....	96

Tabela 16	Análise de confiabilidade dos instrumentos do questionário MOSPSC das três regionais de saúde, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	97
Tabela 17	Matriz de correlação entre as dimensões do questionário MOSPSC na regional Norte/Centro, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	99
Tabela 18	Matriz de correlação entre as dimensões do questionário MOSPSC na Regional Leste/Sudeste, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	101
Tabela 19	Matriz de correlação entre as dimensões do questionário MOSPSC na Regional Sul, Teresina – PI, Brasil, 2018.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EA	Evento Adverso
eAB	Equipes de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FMS	Fundação Municipal de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
ICV	Iniciação Científica Voluntária
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRA	Infecções Relacionadas com a Assistência
ISSP	Índice Sintético de Segurança do Paciente
MS	Ministério da Saúde
MOSPSC	<i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHosp	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PROADESS	Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
Proadi-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
Proqualis	Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente
PSF	Programa Saúde da Família
QualiSUS-Rede	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SAQ-AV	<i>Safety Attitudes Questionnaire – ambulatory version</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

UBS Unidade Básica de Saúde
WHO *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 Contextualizando o problema	22
1.2 Objetivos	26
1.2.1 Objetivo Geral	26
1.2.2 Objetivos Específicos.....	26
1.3 Justificativa	27
2 REFERENCIAL TEMÁTICO	28
2.1 Segurança do Paciente: contexto histórico e atualidade	28
2.2 Cultura Organizacional e Cultura de Segurança do Paciente	34
2.3 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família	38
2.4 Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde	44
3 METODOLOGIA	48
3.1 Delineamento do Estudo	48
3.2 Local do Estudo	48
3.3 População e Amostra do Estudo	49
3.4 Coleta de Dados	53
3.4.1 Medical Office Survey on Patient Safety Culture.....	53
3.4.2 Técnicas e Procedimentos	55
3.4.3 Equipe de pesquisa	56
3.4.4 Variáveis do estudo	57
3.5 Organização e Análise dos Dados	61
3.6 Aspectos Éticos Legais	65
4 RESULTADOS	66
4.1 Perfil dos profissionais participantes das regionais pesquisadas e conhecimento sobre segurança do paciente	66
4.2 Respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente na atenção primária nas regionais de saúde Norte/Centro, Leste/Sudeste, Sul e das três regionais	69
4.3 Dimensões da cultura de segurança do paciente do MOSPSC na atenção primária	73
4.3.1 Dimensão “Trabalho em Equipe”	73
4.3.2 Dimensão “Pressão no trabalho e ritmo”	75
4.3.3 Dimensão “Treinamento da Equipe”	77
4.3.4 Dimensão “Processos de Trabalho e Padronização”	79
4.3.5 Dimensão “Comunicação Aberta”	80
4.3.6 Dimensão “Seguimento da Assistência ao Paciente”	81
4.3.7 Dimensão “Comunicação sobre o Erro”	83
4.3.8 Dimensão “Apoio dos Gestores na Segurança do Paciente”	84
4.3.9 Dimensão “Aprendizagem Organizacional”	86
4.3.10 Dimensão “Percepção geral sobre segurança do paciente e qualidade”	88
4.3.11 Dimensão Segurança do Paciente e Qualidade do Cuidado.....	89
4.3.12 Dimensão troca de informações com outras instituições.....	93
4.4 Avaliação Global da Qualidade e em Segurança do Paciente	94
4.5 Confiabilidade dos Resultados	97

4.6 Correlação entre as dimensões da versão traduzida do MOSPSC nas UBS por regional de saúde	98
4.7 Análise dos comentários dos profissionais de saúde sobre segurança e qualidade assistencial do MOSPSC	104
5 DISCUSSÃO	108
5.1 Perfil dos profissionais participantes das regionais pesquisadas e conhecimento sobre segurança do paciente.....	108
5.2 Consolidado das respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente na atenção primária.....	110
5.3 Análise das dimensões da cultura de segurança do paciente do MOSPSC	114
5.3.1 Dimensão “Trabalho em Equipe”	115
5.3.2 Dimensão “Pressão no Trabalho e Ritmo”	117
5.3.3 Dimensão “Treinamento da Equipe”	119
5.3.4 Dimensão “Processos de Trabalho e Padronização”	120
5.3.5 Dimensão “Comunicação Aberta”	122
5.3.6 Dimensão “Seguimento da Assistência ao Paciente”	124
5.3.7 Dimensão “Comunicação sobre o Erro”	127
5.3.8 Dimensão “Apoio dos Gestores na Segurança do Paciente”	129
5.3.9 Dimensão “Aprendizagem Organizacional”	130
5.3.10 Dimensão “Percepção geral sobre Segurança do Paciente e Qualidade”	132
5.3.11 Dimensão “Segurança do Paciente e Qualidade do Cuidado”	133
5.3.12 Dimensão “Troca de Informações com outras instituições”	136
5.4 Avaliação Global da Qualidade e em Segurança do Paciente.....	137
5.5 Confiabilidade dos Resultados	138
5.6 Análise dos comentários dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente e qualidade	140
6 CONCLUSÃO	143
REFERÊNCIAS.....	146
APÊNDICE A – Questionário complementar sobre a caracterização da população e os conhecimentos atuais sobre a segurança do paciente na atenção primária	155
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	156
APÊNDICE C - Termo de Confidencialidade	158
APÊNDICE D – Declaração dos Pesquisadores.....	159
APÊNDICE E – Carta de Encaminhamento do Projeto de Pesquisa	161
ANEXO A – Autorização da utilização do Questionário <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC) traduzido e adaptado para o Brasil	162
ANEXO B – Questionário <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC) adaptado e validado para o Brasil	164
ANEXO C – Declaração de Autorização da Instituição Coparticipante	172
ANEXO D – Documento de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	173

APRESENTAÇÃO

A motivação em estudar o tema Segurança do Paciente surgiu a partir da Iniciação Científica Voluntária-ICV (2013-2014) durante o curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI. A oportunidade surgiu enquanto aluna da disciplina de Semiologia e Semiotécnica para Enfermagem, ministrada pela Professora Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino.

Nesse período, a ideia de segurança do paciente começou a se fortalecer com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Como a temática deveria ser inserida no ensino de graduação e pós-graduação, as pesquisas iniciaram com temas específicos relacionados as metas internacionais de segurança do paciente.

Na fase de elaboração do projeto, já sabia que queria pesquisar mais sobre a segurança do paciente, mas faltava o contexto a ser aplicado. Ao pensar na Unidade de Terapia Intensiva, vi que o tema é bastante pesquisado e que havia uma pesquisa em andamento, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI, referente a isso. Foi quando tive o primeiro contato com estudos atuais sobre segurança do paciente na atenção primária.

Isso provocou inquietações “Por que não pesquisar no primeiro nível de assistência à saúde?”, “Como abordar a segurança do paciente na atenção primária?”, “Como diagnosticar o estado atual da cultura de segurança?”. Sabendo que a atenção primária à saúde no Brasil atende a uma parcela significativa da população e da sua importância no Sistema Único de Saúde, o primeiro passo foi identificar as publicações brasileiras nesse contexto. Assim, identifiquei uma escassez de publicações referentes ao tema e tive contato com a tradução e validação de um questionário, cuja função é avaliar a cultura de segurança do paciente em ambientes de atenção primária.

Desse modo, escolhi aplicar o questionário adaptado e validado para o Brasil, nas Unidades Básicas de Saúde, como forma de inovar e propor essa “saída” da concepção de que a segurança do paciente é restrita a ações em ambientes hospitalares.

Este estudo faz um traçado histórico pela segurança do paciente, cultura de segurança do paciente e alguns aspectos referentes a atenção primária à saúde, utilizando diversos estudos nacionais e internacionais, para compor o entendimento

acerca do tema. Isso possibilita pensar estratégias para modificar o cenário, como implantação de Núcleos de Segurança do Paciente na atenção básica, cursos e educação permanente em parceria com a Fundação Municipal de Saúde.

Durante essa trajetória, a construção do “Eu pesquisador” mostrou que pesquisar é complexo, exige persistência a cada nova dificuldade. Nos capítulos a seguir, estão dois anos de trabalho dedicados a contribuição não só para a comunidade científica, mas na esperança de que os profissionais, principalmente os da atenção primária à saúde, possam reconhecer as ações seguranças na prestação de serviços.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando o problema

O sistema de saúde vem se tornando mais complexo o que exige a plena capacidade de articular ações que promovam o cuidado seguro. Essas ações dependem da interação das organizações de saúde, do sistema de saúde, dos profissionais envolvidos e dos pacientes.

O ponto de partida para o despertar na temática a nível internacional foi o relatório intitulado “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” do *Institute of Medicine* (IOM), publicado em 1999 nos Estados Unidos. Este relatório revelou que de 44.000 a 98.000 pacientes morrem por ano devido a erros de assistência médico-hospitalar. Porém, as manifestações de conhecimento sobre segurança do paciente começaram com *Florence Nightingale* quando mensurava os óbitos preveníveis durante a Guerra da Crimeia (BRANCO-FILHO, 2014).

A cada ano, novas publicações reforçam a área de segurança do paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a *International Classification for Patient Safety – ICPS* com 48 conceitos-chave envolvendo a temática. A tradução para o português foi realizada pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) em 2010 (ANVISA, 2013).

O erro é definido pela ICPS como falha em executar uma ação planejada como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. O risco é a probabilidade de ocorrência de um incidente. Quanto aos incidentes podem ser: **near miss** é um incidente que não chegou ao paciente; **incidente sem dano** é aquele que atingiu um paciente, mas não causou dano discernível; **incidente com dano**, também chamado de evento adverso (EA) é o incidente que resulta em dano ao paciente (WHO, 2009; ANVISA, 2013).

O marco brasileiro foi o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) criado por meio da Portaria MS/GM nº 529 de 1º de abril de 2013 com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde, quer público ou privado (BRASIL, 2013a).

O PNSP define como objetivos: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente através dos Núcleos de Segurança do Paciente inseridos nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade sobre informações acerca

da segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão da temática no ensino técnico, graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a).

Segurança do paciente é definida como a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, a um mínimo aceitável (WHO, 2009). O erro pode ser visto como algo que pode trazer aprendizado e melhoria na qualidade da assistência, e para alcançar essa meta, há a necessidade de se criar a cultura de segurança do paciente (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

É pertinente ressaltar que, a segurança do paciente não configura uma problemática individual, ou que seja restrita a uma categoria profissional, e sim um processo que envolve uma transformação institucional (TIMM; RODRIGUES, 2016). Com base nessa aceção, infere-se ser dever de toda instituição de saúde reduzir a probabilidade da ocorrência de danos aos pacientes, advindos da assistência à saúde (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

A cultura de segurança é resultado de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com o estilo e a proficiência da gestão de saúde e gerenciamento de uma organização. As organizações que possuem uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas na confiança mútua, por percepção compartilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas (SORRA *et al.*, 2016).

A cultura de segurança pode ser conceituada de cinco formas: cultura na qual todos os trabalhadores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, dos seus colegas, pacientes e familiares; cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; cultura que encoraja; cultura que promove o aprendizado organizacional; cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção da segurança (BRASIL, 2013).

Tão importante quanto falar de cultura de segurança em hospitais, que são organizações mais complexas, é falar dessa temática inserida na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS presta assistência à saúde a um quantitativo expressivo da população, com demandas dentro e fora da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Os eventos adversos também são comuns na prática da atenção primária. Por esta razão, tem havido um interesse na abordagem da temática de segurança do paciente fora dos hospitais (BONDEVIK *et al.*, 2014a).

Na atenção primária os pacientes são acompanhados por longos períodos, e os problemas relacionadas à segurança que surgem muitas vezes têm uma natureza muito diferente. A redefinição da segurança do paciente como a gestão de riscos ao longo do tempo, está mais adaptada às maiores escalas de tempo observadas nesse nível de atenção à saúde (VINCENT; AMALBERT, 2016).

A complexidade mudou e nas últimas décadas, a percepção de que a baixa densidade tecnológica é incompatível com as funções de uma APS de qualidade vem se fortalecendo. A medida que a complexidade tecnológica aumentou, houve uma ampliação das funções clínicas da APS, ou seja, ela incorporou os cuidados que eram prestados em outros níveis de atenção (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2015).

Quando começaram a avaliar a segurança do paciente ao longo do tempo, em vez de analisar incidentes específicos, os problemas relacionados à segurança podem ficar mais visíveis (VINCENT; ALMABERTI, 2016).

Um estudo sobre atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente utilizando o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) realizado com agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem e enfermeiros em Florianópolis apontou que: a atitude de maior importância foi a Segurança do Paciente (média dos ACS: 6,69%; técnicos de enfermagem: 7,78% e enfermeiros 6,90%); a atitude Erro se apresentou como a menor relevância (média dos ACS: 3,95%; técnico de enfermagem: 3,36% e enfermeiros: 3,77%). Os profissionais identificaram o erro como uma atitude menos relevante para a cultura de segurança (PAESE; SASSO, 2013).

Os estudos, em sua maioria, têm a ideia centrada no erro e não na consequência. Em estudo realizado em 13 unidades de saúde da família do estado do Rio de Janeiro foram registrados 125 incidentes em 11.233 consultas realizadas pelos participantes do estudo (15 profissionais) correspondendo à razão de incidentes de 1,11%. Os pacientes que sofreram incidentes eram adultos (n=64, 51%), do sexo feminino (n=68, 54%) apresentavam doenças crônicas (n=84, 67%) e a maioria tinha um problema de saúde complexo (n=50, 59%) (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

Assim, faz-se necessário explorar a cultura de segurança na perspectiva das equipes multiprofissionais, inseridas na APS, para identificar e caracterizar, a partir da visão dos profissionais a respeito da segurança do paciente. Dessa forma, provocar o debate e a reflexão sobre o assunto, pode conduzir a implantação de ações, melhoria

da cultura de segurança e a qualidade da assistência em serviços de atenção primária (TIMM; RODRIGUES, 2016).

A atenção primária é, por excelência, um sistema adaptável no qual as decisões clínicas se desenvolvem a partir de consultas altamente individualizadas e de relações nas quais os valores e preferências dos pacientes é uma das prioridades no seu atendimento. Nesse contexto, acredita-se que o desenvolvimento de estratégias sofisticadas de resposta e monitoramento pode ser mais importante para o equilíbrio total que qualquer outra abordagem (VINCENT; AMALBERTI, 2016).

Os serviços de saúde, em geral, devem se organizar de forma que saibam que os profissionais de saúde estão sujeitos a cometer erros, cabendo ao sistema, criar mecanismos que reduza o risco de ocorrência de erros e, principalmente, evitar que esse erro atinja o paciente (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2015).

A questão de os profissionais estarem sujeitos a falha nos remete a Teoria do Queijo Suíço proposta por Reason (2000) que aborda o erro humano na perspectiva de dois aspectos: atos inseguros dos sujeitos e abordagem do sistema. Na busca de falhas, o sistema pode levar a mudanças das condições de trabalho além de não culpar o indivíduo.

O queijo possui vários furos, se não estiverem alinhados constitui uma espécie de barreira para o erro não acontecer. As barreiras podem ser: profissionais atualizados; a utilização de protocolos clínicos, o uso de *check list* cirúrgico, protocolos de higiene das mãos e dose unitária de medicamentos. Se os furos do queijo se comunicarem, logo as barreiras não existem, e o erro acontece (BRASIL, 2014).

Apesar do crescente interesse na segurança dos pacientes, é preciso sensibilizar mais para o problema. Nesse contexto, torna-se relevante o desenvolvimento de pesquisas relacionadas à temática, como forma de aprimorar e divulgar a literatura na área, isso reduz as lacunas de conhecimento existentes e sensibiliza os profissionais sobre a importância da prática segura em todos os níveis de atenção à saúde, levando à redução dos riscos e danos relacionados à assistência (MESQUITA *et al.*, 2016).

Baseado nisso, é imprescindível despertar nos profissionais de saúde da APS que a cultura de segurança deve ser norteadora das ações e serviços oferecidos por esse nível de atenção. E assumir que erros podem acontecer, mas que a partir deles, um conhecimento será gerado, que proporcionem melhoria de condutas ao invés da punição.

Dessa forma, faz-se necessário investigar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional, partindo do princípio da visão dos profissionais sobre seu serviço de saúde e da realidade do contexto organizacional. A cultura de segurança do paciente no contexto da atenção primária constitui o objeto da pesquisa proposto por neste estudo. Pretende-se responder o seguinte questionamento: qual o estado atual da cultura de segurança do paciente nas unidades básicas de saúde na perspectiva da equipe multiprofissional?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais da equipe multiprofissional e das áreas de apoio.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e de prática profissional dos participantes do estudo;
- Discriminar os percentuais de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente;
- Identificar os pontos fortes e áreas de melhoria da segurança do paciente das dimensões entre as regionais de saúde: norte/centro, leste/sudeste, sul;
- Estimar a avaliação global da qualidade e segurança do paciente geral e por regional de saúde;
- Verificar a confiabilidade do questionário *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) através do Alfa de Cronbach;
- Correlacionar a cultura de segurança do paciente do MOSPSC entre as dimensões em cada regional de saúde;
- Discutir os comentários dos participantes do estudo sobre segurança e qualidade assistencial no serviço.

1.3 Justificativa

Considerando, que a discussão sobre cultura de segurança do paciente é relevante, o conhecimento científico relacionado a essa temática mostra-se recente no Brasil, principalmente quando aplicada ao contexto atenção primária à saúde.

A realização deste estudo na atenção primária, justifica-se por contribuir para produção do conhecimento e a reflexão sobre a cultura de segurança na atenção primária à saúde, provocando mudanças positivas no ambiente de trabalho, e da conscientização para a cultura da não punição, com profissionais mais confiantes em aprender com erros. Além disso, a pesquisadora deseja dar visibilidade a cultura de segurança nas unidades básicas de saúde, componente essencial da rede de atenção à saúde brasileira.

Este estudo não só busca identificar pontos fortes e áreas de melhoria dentro da cultura de segurança ou uma avaliação global da cultura de segurança, mas possibilita um diagnóstico situacional, proporcionando o planejamento de ações, intervenções e estratégias que promovam a segurança do paciente.

Assim, destaca-se também a relevância de pesquisar a cultura na percepção da equipe multiprofissional, pois, é necessário o envolvimento de todos na prática assistencial. Isso contribui para inquietações no profissional, sobre seu papel dentro da equipe, da unidade básica, sua relação com o paciente e como esse cuidado é prestado.

Espera-se que o conhecimento produzido ao longo desta pesquisa, contribua para uma assistência de qualidade, com profissionais comprometidos com o cuidado seguro na atenção básica, que se caracteriza por ações de promoção, prevenção, reabilitação e prevenção de danos. No Brasil, poucos estudos abordam a segurança do paciente no primeiro nível de atenção à saúde, por isso, torna-se relevante a realização de novas pesquisas nesta temática.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

Na revisão da literatura, serão abordados conceitos importantes sobre a temática e o contexto histórico. Os tópicos abordarão: segurança do paciente, cultura organizacional e cultura de segurança do paciente, atenção primária à saúde e segurança do paciente na atenção primária à saúde.

Para fins de esclarecimento, os conceitos principais, que envolve segurança do paciente e cultura de segurança, são utilizados pela Organização Mundial de Saúde e a *Agency for Healthcare Research and Quality*.

2.1 Segurança do Paciente: contexto histórico e atualidade

A preocupação com a segurança do paciente foi pensada antes mesmo do seu conceito conhecido mundialmente. Do ponto de histórico, Hipócrates (460 – 377 a.C.) já proferia os dizeres “*Primum non nocere*” que significa em tradução livre “primeiro não cause dano” (BRANCO-FILHO, 2014). Essa expressão é reconhecida como uma das primeiras referências explícitas à segurança do paciente (TRINDADE; LAGE, 2014).

Durante séculos, pacientes infectados ou em recuperação conviviam em um mesmo ambiente. Com isso, doenças infecciosas se disseminavam com grande rapidez, fora as condições sanitárias, manejo de alimentos, abastecimento de água que eram precárias (COUTO; PEDROSO; DAIBERT, 2017).

Algumas figuras históricas foram relevantes para a promoção da qualidade e segurança do paciente. Em 1843, Olivier Wendel Holmes relacionou a infecção puerperal com os cuidados obstétricos efetuados por médicos contaminados pela necropsia de puérperas infectadas. Em 1847, Ignaz P. Semmelweis corroborou com a hipótese de transmissão da infecção puerperal e instituiu a lavagem das mãos com solução clorada antes dos procedimentos cirúrgicos (COUTO; PEDROSO; DAIBERT, 2017).

Em 1860, James Simpson comparou a mortalidade após amputação de membros realizada no campo e na cidade. Foram analisados 2.098 casos, que mostraram mortalidade cinco vezes maior quando as amputações eram realizadas na cidade. Sua teoria valorizou a poluição do ar hospitalar, que considerava proporcional ao tamanho dos hospitais (COUTO; PEDROSO; DAIBERT, 2017).

Ainda no século XIX, a enfermeira inglesa Florence Nightingale incentivou mudanças dos cuidados, no sentido de melhoria para a segurança do paciente (TRINDADE; LAGE, 2014). Florence descreveu uma série de cuidados e estratégias relacionados com os pacientes e o meio com o objetivo de diminuir o risco de infecções relacionadas com a assistência (IRA), além disso, propôs que as enfermeiras mantivessem um sistema de relato dos óbitos hospitalares caracterizando alguma forma de vigilância epidemiológica e estatística na época (COUTO; PEDROSO; DAIBERT, 2017).

Mas o alerta mundial para o cuidado seguro se deu em 1999, com o relatório *“To err is human: building a safer health system”* do *Institute of Medicine* nos Estados Unidos (EUA). O relatório tinha como meta a redução dos eventos adversos em 50% em 5 anos, quando foi lançado em 1999 (BRANCO-FILHO, 2014).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que 1 em cada 10 pacientes são prejudicados enquanto recebem os cuidados de saúde, aproximadamente 43 milhões de incidentes de segurança do paciente ocorrem a cada ano e erros de medicação custam cerca de 42 bilhões de dólares por ano (WHO, 2018).

Em 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, passo significativo na melhoria da segurança dos cuidados em saúde para os estados-membros dessa aliança. O programa foi baseado no seminário de alto nível realizado em Londres (em novembro de 2003), a discussão na *The World Health Assembly* (em maio de 2004) e reunião de consultores especialistas realizada em Dublin e presidida por Liam Donaldson, referência na área de segurança do paciente (WHO, 2004).

O relatório da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente compreende seis áreas de ação: 1. Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente (2005-2006); 2. Envolvimento de pacientes e consumidores; 3. Desenvolver uma taxonomia de segurança do paciente; 4. Pesquisa no campo da segurança do paciente; 5. Soluções para reduzir os riscos do cuidado em saúde e melhorar a segurança; 6. Relatar e aprender a melhorar a segurança do paciente (WHO, 2004).

O primeiro desafio global para a segurança do paciente (2005-2006) foi *“Clean Care is Safer Care”* em tradução livre “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro”. Esse desafio tinha o foco voltado para as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, com as seguintes ações: higiene das mãos; segurança do sangue e de hemoderivados; práticas seguras de injetáveis e imunização; segurança na água,

saneamento básico e gestão de resíduos; e segurança nos procedimentos clínicos e cirúrgicos (PITTET; DONALDSON, 2005).

As metas de segurança do paciente foram desenvolvidas a partir da análise de causa-raiz de eventos sentinela reportados voluntariamente à *Joint Commission* nos Estados Unidos desde 1995. As seis metas internacionais de segurança (quadro 1) foram definidas em 2006 (COSTA JUNIOR; YAMAUCHI, 2014).

Quadro 1. Seis metas internacionais para a segurança do paciente preconizadas pela *Joint Commission International* e a Organização Mundial de Saúde.

META 1	Identificar os pacientes corretamente
META 2	Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência
META 3	Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância
META 4	Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto
META 5	Reduzir o risco de infecções associados aos cuidados de saúde
META 6	Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas

Fonte: adaptado da *Joint Commission International* (2014).

O segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente dirigiu a atenção para os fundamentos e práticas seguras e ficou conhecido como “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (2008-2009). Esse desafio tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde de qualquer lugar do mundo e contempla: prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica (OMS, 2009).

No ano de 2009, a OMS, realizou mais uma ação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o desenvolvimento de uma taxonomia específica para a segurança do paciente. Foi publicado a *International Classification for Patient Safety* – ICPS, que apresenta um conjunto de 48 conceitos primordiais para a segurança do paciente (WHO, 2009). Essa classificação foi traduzida para o português de Portugal em 2011 (OMS, 2011).

A ICPS foi desenvolvida com objetivo de categorizar a informação sobre segurança do paciente utilizando um conjunto de conceitos padronizados, tornando possível a comparação, medição, monitorização, análise e interpretação da informação internacionalmente (NEMITZ; MOREIRA, 2014). A seguir alguns desses conceitos que foram considerados mais relevantes para esta pesquisa, segundo a Organização Mundial de Saúde (2009; 2011) e Ministério da Saúde (2013):

- Segurança do Paciente: é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

- Dano: é o implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico.

- Erro: é a falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.

- Incidente: é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente.

- Quase evento (*Near Miss*): incidente que não alcançou o paciente.

- Evento Adverso: é um incidente que resulta em danos para o paciente.

Algumas organizações e entidades avaliam, criam protocolos, manuais e instituem metas para a segurança do paciente. Além da OMS, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (criada em 1989, renomeada em 1999) tem como missão produzir evidências para tornar o cuidado mais seguro, de melhor qualidade e *The Joint Commission* (fundada em 1951) que trata da avaliação da qualidade dos serviços de saúde dos Estados Unidos, regulamentam ações e metas para a segurança do paciente.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) como setor governamental das práticas de saúde pública no país e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como agência regulatória vinculada ao MS regulamentam as práticas de segurança do paciente. Outras entidades incluem: Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) em 2008, Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente – PROQUALIS, criado em 2009, sendo o segundo vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fundação Oswaldo Cruz.

Os marcos da segurança do paciente no Brasil iniciaram com ações específicas como a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011. Esta RDC dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. A seção II desta RDC discorre sobre as seguintes estratégias e ações: mecanismo de identificação do paciente; orientações para a higienização das mãos; ações de prevenção e controle de eventos adversos; segurança cirúrgica; administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes; prevenção de quedas e úlceras por pressão e a participação do paciente na assistência prestada (ANVISA, 2011).

Sobre a participação do paciente no cuidado, a OMS definiu as 13 áreas de ação do Programa Segurança do Paciente (quadro 2), dentre elas, assegurar que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde do paciente em todo o mundo. Nesse sentido, a ANVISA lançou em 2012 o projeto “Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde” que através de folder e cartazes levou esclarecimento aos pacientes e acompanhantes sobre boa comunicação com o profissional de saúde e as 10 perguntas-chave para melhorar a segurança do paciente (ANVISA, 2012).

O ideal seria a instituição adotar como estratégia conhecer o ponto de vista do paciente nos aspectos referentes a segurança, como forma de análise e melhoria da assistência (SOUSA; MENDES, 2014). Nesse contexto, o indivíduo é inserido no cuidado e passa a compreender melhor o sistema de saúde.

Quadro 2. As 13 áreas de ação do Programa Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde.

Área de Ação 1	O Desafio Global para a Segurança do Paciente pressupõe comprometimento e ações em segurança do paciente para minimização de risco em todos os países. Em 2005, foi lançado o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, focado na prevenção e redução de IRAS, com o tema Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura. Em 2007, o segundo Desafio Global de Saúde do Paciente teve foco na segurança cirúrgica, com o tema Cirurgia Seguras salvam Vidas.
Área de Ação 2	Pacientes pela Segurança do Paciente asseguram que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde do paciente em todo o mundo.
Área de Ação 3	Pesquisa em Segurança do Paciente envolve pesquisas internacionais para o conhecimento da natureza do dano ao paciente e desenvolvimento de ferramentas de prevenção.
Área de Ação 4	Taxonomia/Classificação Internacional para Segurança do Paciente desenvolve um sistema internacionalmente aceito de classificação da informação em segurança do paciente, promovendo efetivo aprendizado global.
Área de Ação 5	Relato e Aprendizagem promovem ferramentas valiosas de notificação, análise, investigação e abordagens que identificam fontes e causas de riscos, propiciando a realização de ações de aprendizado e prevenção de eventos adversos
Área de Ação 6	Soluções para Segurança do Paciente tratam de intervenções e ações práticas para prevenção de dano ao paciente.
Área de Ação 7	Alto 5S difunde boas práticas para a mudança organizacional, clínica e de equipe, como: cuidados no preparo de soluções concentradas de eletrólitos; controle da medicação nas transições de cuidado; realização de procedimentos corretos nos sítios corretos; prevenção de falhas de comunicação durante a passagem de plantão; prevenção e redução de IRAS.

Continua...

Continua...

Área de Ação 8	Tecnologia para segurança do paciente foca na utilização de novas tecnologias para promoção da segurança do paciente.
Área de Ação 9	Gerenciando conhecimento irá reunir e compartilhar conhecimentos sobre a evolução mundial da segurança do paciente.
Área de Ação 10	Eliminando infecção da corrente sanguínea associada a cateter central concentrará esforços mundiais para ações de prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde.
Área de Ação 11	Educação para cuidado seguro desenvolve guias curriculares para estudantes da área da saúde, voltados para a segurança do paciente.
Área de Ação 12	Prêmio de segurança envolverá prêmios internacionais de excelência no campo da segurança do paciente, impulsionando mudança e melhoria nesta área.
Área de Ação 13	<i>Check-lists</i> para a área da saúde vem desenvolvendo outras listas de verificação de segurança em serviços de saúde (após averiguação do sucesso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes, tais como: <i>check-lists</i> para Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido.

Fonte: ANVISA (2011).

Com o fortalecimento das ações, é criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, que objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, sejam públicos ou privados (BRASIL, 2013a).

O PNSP trabalha com quatro eixos: estímulo a prática assistencial segura; envolvimento do cidadão na sua segurança; inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014).

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente neste país depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde, sendo fundamental para que estes estabelecimentos possam avançar, na elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, gerido por uma instância (núcleo) responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas (BRASIL, 2014).

Os programas e políticas do MS em parcerias com as secretarias de saúde, contribuem para o fortalecimento e consolidação do PNSP: a Política Nacional de Humanização (PNH); o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS); o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede); a Política Nacional de Segurança e Saúde no

Trabalho (PNSST) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (BRASIL, 2014).

O terceiro desafio global para a segurança do paciente que teve como temática Medicação sem Dano, foi lançado em 2017 em Bonn, Alemanha. Este desafio conduzirá um processo de mudança para reduzir o dano ao paciente gerado por práticas inseguras e erros de medicação. Todos os erros de medicação são potencialmente evitáveis, podendo ser reduzida ou impedida, melhorando os sistemas e práticas de medicação (WHO, 2017).

Em 2018, o PNSP fez cinco anos e mudanças foram observadas dentro dos ambientes hospitalares, porém ainda falta muito a ser realizado. É necessário criar uma cultura dentro da instituição que proporcione segurança.

2.2 Cultura Organizacional e Cultura de Segurança do Paciente

A cultura organizacional refere-se às crenças, valores e normas compartilhadas pela equipe de saúde em toda organização e que influenciam suas ações e comportamentos. A cultura de segurança ocorre à medida em que essas crenças, valores e normas apoiam e promovem a segurança do paciente. Cultura de segurança do paciente pode ser medida determinando o que é recompensado, apoiado, esperado e aceito em uma organização no que se refere à segurança do paciente. A cultura de segurança deve existir em múltiplos níveis da assistência como o sistema de saúde e os consultórios médicos (FAMOLARO *et al.*, 2018).

O PNSP trabalha com quatro eixos: estímulo a prática assistencial segura; envolvimento do cidadão na sua segurança; inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema. A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos e definida pela Portaria MS/GM nº 529/2013 a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- a. Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b. Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c. Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

- d. Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- e. Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

A AHRQ adota como definição de cultura de segurança de uma organização o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com o estilo e proficiência da gestão da segurança. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas (SORRA *et al.*, 2016).

A amplitude conceitual de cultura de segurança reflete no vasto leque de tópicos abrangidos pelo instrumento de avaliação de cultura de segurança. Esses instrumentos frequentemente avaliam os valores, atitudes, comportamentos e normas dos membros da organização. Eles também podem se concentrar em percepções do contexto organizacional, tais como prioridades gerenciais, adequação de treinamento e recursos ou políticas e procedimentos (NIEVA; SORRA, 2003).

As atividades nas instituições de saúde são realizadas pela equipe multiprofissional, fazendo com que a responsabilidade dos profissionais seja contratual e que traz como consequência a responsabilização do hospital em caso de dano a um paciente. Existe uma relação de consumo entre paciente e hospital, com características e implicações legais (FONSECA, 2014).

Um estudo realizado em Florianópolis, para identificar as atitudes dos profissionais das equipes de estratégia de saúde da família que evidenciam a cultura de segurança do paciente, utilizou o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Os resultados evidenciaram que as atitudes de segurança “condições de trabalho”, “cultura da segurança do paciente”, “comunicação e gerência do centro de saúde” foram as atitudes mais evidentes na cultura de segurança do paciente na APS (PAESE; SASSO, 2013).

A ocorrência de um evento adverso não significa que houve erro no cuidado com o paciente. Dentro dos eventos adversos existem duas subdivisões: evitável e inevitável. O EA evitável é aquele que representa dano ao paciente e está associado a uma falha ativa ou a uma condição latente, ou até mesmo uma violação de normas e padrões. O EA inevitável, como o próprio nome já diz, não pode ser evitado, isso

inclui por exemplo o efeito colateral decorrente da quimioterapia (MENDES *et al.*, 2013).

No que concerne a falha ativa ou condição latente, termos mencionados anteriormente, uma teoria proposta por James Reason foi baseada na psicologia cognitiva e busca a compreensão do homem na ocorrência do erro e é bastante utilizada em organizações complexas.

O erro é “a falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou desenvolvimento incorreto de um plano”. Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planejamento ou na fase de execução (WHO, 2009).

Os erros dependem de duas espécies de falhas: as falhas na execução caracterizada como falhas nas ações que caminham de acordo com a intenção pretendida (deslize e lapso) e as falhas de planejamento que decorre das ações intencionais para alcançar os resultados desejados (engano) (FONSECA, 2014).

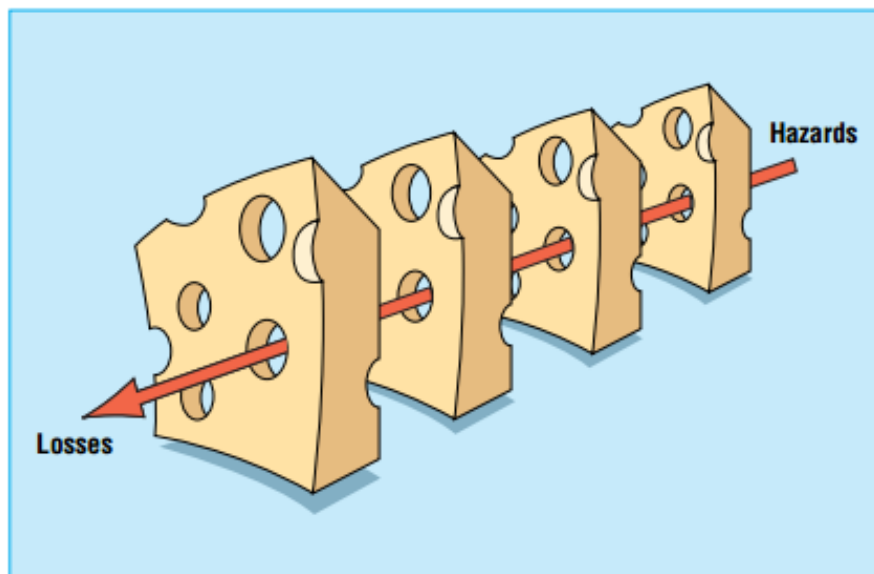


Figura 1. Modelo do Queijo Suíço no Sistema de Acidentes por James Reason. Fonte: Reason (2000). Legenda: Hazards = perigos; Losses = perdas.

Para Reason (2000), o problema do erro humano pode ser visto de duas maneiras: a abordagem da pessoa e a do sistema. A abordagem da pessoa ou individual discorre sobre os atos inseguros, erros e violações processuais. Esses atos decorrem principalmente de processos mentais como esquecimento, desatenção, má motivação, descuido, negligência e imprudência. A abordagem sistêmica é o outro seguimento e possui como premissa básica que os seres humanos são falíveis e erros

são esperados, mesmo nas melhores organizações. Os erros são vistos como consequências e não como causas.

É importante para a cultura organizacional o processo de aprendizagem e o desenvolvimento de estratégias, em que essa aprendizagem não é restrita aos próprios erros. Aprender com os erros dos outros promove novas perspectivas para a promoção do cuidado seguro.

O foco da organização deve ser na construção de uma cultura de segurança positiva. A liderança eficaz e cultura de apoio são essenciais para melhorar a segurança atenção primária. Dessa forma, deve-se criar um ambiente onde profissionais e pacientes sintam-se capazes de falar sobre questões de segurança que lhes preocupam, sem medo de culpa ou retribuição. Significa promover um ambiente onde as pessoas desejam relatar riscos e incidentes de segurança, aprender com eles e reduzir sua recorrência. Isso também inclui a importância de ter mecanismos de feedback em vigor para explicar quaisquer melhorias feitas após as questões de segurança terem sido levantadas. Promover a transparência é fundamental para a construção de uma forte cultura de segurança (WHO, 2016).

Ferramentas estão disponíveis para apoiar o desenvolvimento e a medição de uma cultura de segurança positiva. Primeiramente, deve-se fazer um diagnóstico situacional, o que seria alcançado com aplicação de um questionário. Para avaliação da cultura de segurança hospitalar tem-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Para a atenção primária, um questionário similar também faz essa avaliação, é o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC).

De acordo com o *Institution of Occupational Safety and Health* (2015), uma cultura de segurança positiva possui três elementos principais: práticas de trabalho e regras para controle eficaz dos riscos; uma atitude positiva em relação à gestão de riscos e à conformidade com os processos de controle; a capacidade de aprender com acidentes, quase acidentes e indicadores de desempenho de segurança e trazer melhoria contínua.

Os passos práticos que podem ser tomados para fortalecer a cultura de segurança incluem: lideranças de liderança, onde os líderes administrativos e clínicos “andam pelo chão” (neste caso, os líderes visitam clínicas e conversam com funcionários e pacientes sobre o que está funcionando bem e não tão bem); iniciar reuniões de equipe com uma história do paciente; usar a prática reflexiva para se concentrar em questões de segurança, como auditorias e mecanismos para relatar

questões de segurança, como por meio de reuniões regulares da equipe. Tais abordagens podem precisar ser adaptadas para uso em clínicas menores de atenção primária. Independentemente do método específico, o foco deve ser aumentar a conscientização, incentivar discussões de segurança e tomar ações concretas de acompanhamento para construir uma cultura de segurança.

2.3 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A atenção primária é um dos níveis do sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, proporciona atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, propicia cuidado para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

Na 1ª Conferência de Cuidados Primários em Saúde – Conferência de Alma Ata em 1978, considerada um dos marcos iniciais da discussão dos cuidados primários a nível internacional, a atenção primária foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

Os quatro atributos da atenção primária são: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A atenção ao primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema. A longitudinalidade é a fonte regular de atenção e seu uso regular ao longo do tempo, implica na continuidade do cuidado. Integralidade é quando o paciente recebe todos os tipos de serviços de atenção à saúde, inclui encaminhamento para os serviços secundários e terciários. E a coordenação é a articulação entre os profissionais, prontuários médicos como forma de garantir a continuidade do cuidado (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o local prioritário de atuação das equipes de atenção básica (eAB) ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). É o contato preferencial dos usuários do SUS pois são instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, ou seja, nas comunidades.

Para Starfield (2002), a acessibilidade na atenção básica (AB) envolve a localização do estabelecimento (próximo da população a qual atende), os horários e dias em que está aberto para atendimento, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado nas seguintes diretrizes: descentralizado, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O SUS está regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). A Lei 8.080/90 aborda as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços também relacionados à saúde. Enquanto isso, a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da população no SUS e da transferência de recursos entre os governos (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Os princípios do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) devem ser operacionalizados na atenção básica, são eles: princípios da universalidade, equidade e integralidade; diretrizes de regionalização, hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou uma reorientação do modelo assistencial brasileiro, deu-se então a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). A reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial demonstra uma nova concepção de saúde não mais centrada no paciente, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000).

Inicialmente o PSF foi formulado como programa, passa a ser definido e defendido como estratégia, especialmente a partir de 1997, data da segunda

publicação do Ministério da Saúde sobre os conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF (RIBEIRO, 2004). Com o passar dos anos, há uma transição na terminologia PSF para Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Há boas evidências sobre o papel central da APS na organização de sistemas de saúde públicos e universais que promovem o cuidado integral aos seus cidadãos (STARFIELD, 2002), e a ESF é apontada como eixo estruturante da APS no SUS. A atuação das equipes de ESF deve envolver ações para subsidiar políticas de promoção da saúde, ao menos no âmbito local e municipal, onde as análises da realidade social e de saúde são processos de grande valia, uma vez que se espera delas uma atuação no território, enfoque familiar e comunitário, e a abordagem de problemas psicossociais e sócio sanitários em parcerias com os usuários e outros setores governamentais e não governamentais (TESSER, 2011).

A ESF funciona por meio de equipes de saúde da família, e desde 2004 são formadas por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

A Portaria nº 2.488/2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e adota um conceito diferenciado do supracitado pela OMS em 1978. A atenção básica caracteriza-se:

por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Utiliza tecnologias complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência do território (BRASIL, 2011).

A PNAB considera equivalente a utilização dos termos atenção primária à saúde e atenção básica. Esse nível de atenção à saúde é desenvolvido com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial do usuário, a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS (BRASIL, 2012).

Tendo em vista a melhoria do desempenho e a qualidade dos serviços de atenção básica, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB) foi lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde. O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, no qual os indicadores, 47 no total, estão subdivididos em sete áreas estratégicas, como: saúde da mulher; saúde da criança; controle do diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica; saúde bucal; produção geral; tuberculose e hanseníase; e saúde mental.

Devido a importância da qualidade nos serviços de saúde, deve-se compreender que a qualidade não depende de um único fator e sim de algumas dimensões que a definirão. A OMS (2006) considera seis dimensões da qualidade, são elas:

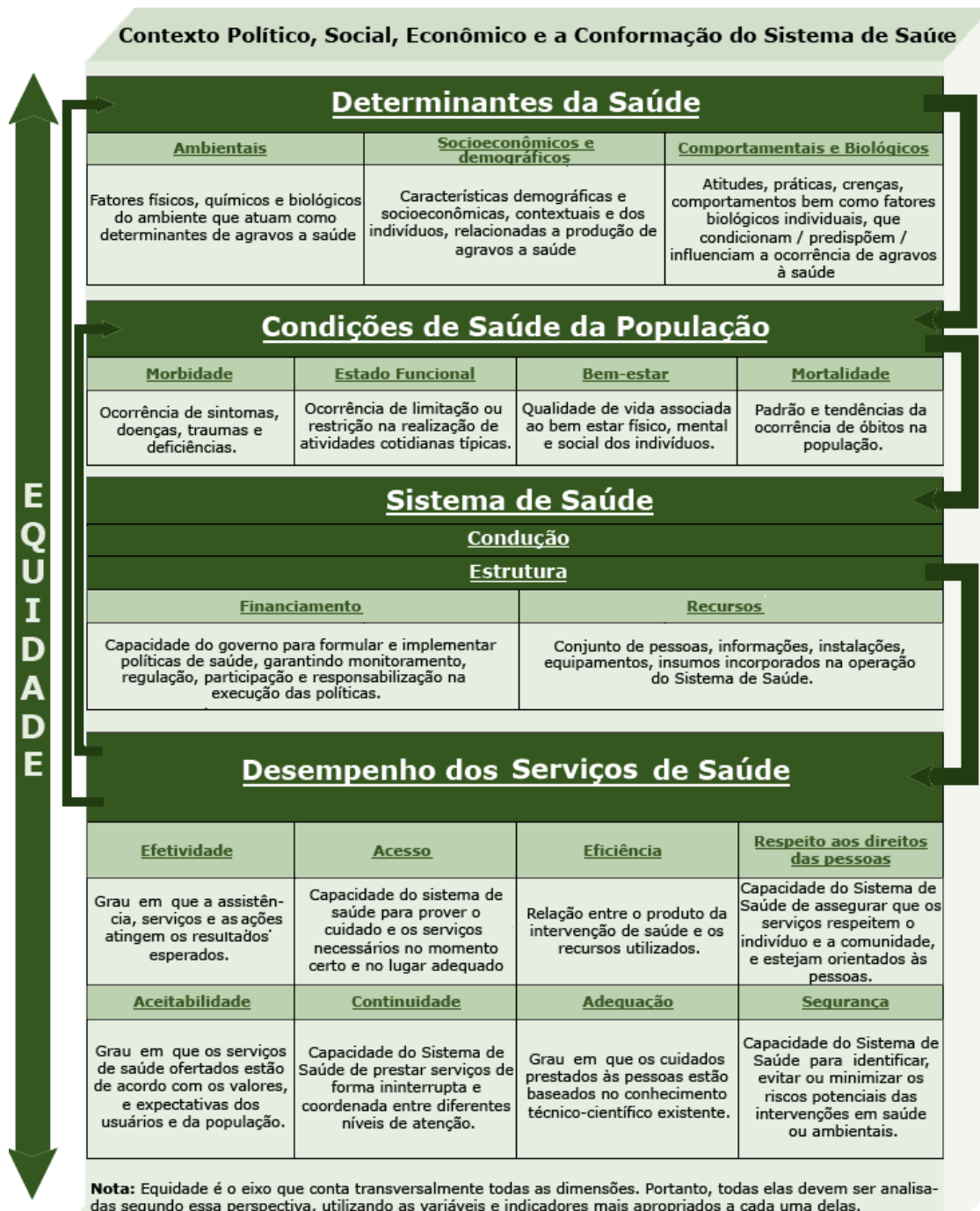
1. Segurança: oferecendo cuidados de saúde que minimiza riscos e danos aos usuários do serviço;
2. Efetividade: prestação de cuidados de saúde baseado em evidências, que alcança melhores resultados para indivíduos e comunidades, como base na necessidade;
3. Atenção centrada no paciente: envolve oferecer assistência, considerando as suas preferências individuais, necessidades e valores dos usuários;
4. Acesso: oferecendo assistência médica que seja oportuna, fornecida em um ambiente onde as habilidades e os recursos sejam apropriados às necessidades médicas;
5. Eficiência: oferece cuidados de saúde de uma maneira que maximiza o uso de recursos evitando o desperdício;
6. Equidade: prestação de cuidados que não variam em qualidade segundo as características pessoais como gênero, raça, etnia, localização geográfica ou status socioeconômico.

Nesse sentido, o Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) foi desenvolvido como uma proposta de metodologia de avaliação de desempenho, que tem por objetivo contribuir para o monitoramento e avaliação do sistema de saúde brasileiro, produzindo subsídios para o planejamento de políticas, programas e ações de saúde para gestores e disseminar informações sobre o desempenho do SUS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011).

O PROADESS identifica oito dimensões (Figura 2), semelhantes as seis dimensões da qualidade consideradas pela OMS (2006). As dimensões são: efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade,

continuidade, adequação e segurança. O conceito adotado na dimensão “segurança” remete o conceito de segurança do paciente preconizado pela OMS, evidenciando que a segurança do paciente possui interseções com a atenção primária (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011).

Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de saúde



Fonte: Fundação Oswaldo Cruz, PROADESS/MS – 2011.

Figura 2. Matriz de avaliação de desempenho do sistema de saúde - PROADESS/MS - Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Desta forma, é importante a preocupação com o tema segurança do paciente inserido nas ações de melhoria da qualidade e na garantia de um cuidado em todos os níveis de atenção à saúde.

No Brasil, a APS segue avançando através da mudança de conceitos e da incorporação de novas atribuições que podem ser comuns a equipe ou específica de alguma profissão. A alteração mais recente foi por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a PNAB estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da AB, no âmbito do SUS. O conceito de atenção básica sofreu alterações, passando a ser:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Além disso, a PNAB incluiu como uma das atribuições comuns a todos os membros das equipes de atenção básica o estabelecimento das ações para a segurança do paciente com a proposição de medidas para redução dos riscos e diminuição dos eventos adversos. Dispõe ainda sobre como devem ser implantadas as estratégias de segurança do paciente na AB

[...] estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos (BRASIL, 2017).

Dentre as várias atribuições específicas, cabe ao gerente de atenção básica trabalhar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança (BRASIL, 2017).

2.4 Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde

Frente ao exposto entende-se que avaliar a cultura de segurança do paciente na APS é um passo importante, considerando a magnitude desse nível de atenção à saúde no Brasil, para propor melhorias da qualidade do cuidado e da necessidade de garantir o cuidado seguro nesta área de atenção.

Para avaliar a cultura de segurança do paciente, os questionários são aliados para o conhecimento do estado atual de engajamento, comprometimento e conhecimento dos profissionais de saúde sobre essa questão. Além disso, podem revelar barreiras que estejam impedindo que as pessoas possam aprimorar seu desempenho, estabelecendo um ponto de partida para serviço reorganizar ações.

Na literatura, estão disponíveis diversos questionários, nas mais variadas traduções e adaptações, bem como entrevistas semiestruturadas sobre os problemas que envolvem a qualidade e segurança do paciente. A seguir, serão detalhados alguns aspectos sobre os estudos que traduziram, adaptaram, validaram e aplicaram questionários na atenção primária. Dentre eles estão: *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form* (SAQ); *Safety Attitudes Questionnaire – ambulatory version* (SAQ-AV) e *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC).

O *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form* (SAQ), versão eslovena, consiste em 36 itens respondido em escala *Likert* de cinco pontos de níveis de concordância com a afirmação. Os 36 itens estão divididos em seis domínios: “Clima de Trabalho em equipe”, “Clima de Segurança”, “Satisfação no Trabalho”, “Reconhecimento do Estresse”, “Percepções de Gerenciamento” e “Condições de Trabalho” (KLEMENC-KETIS; MAKIVIĆ; POPLAS-SUSIČ, 2018).

Outra variação é o *Safety Attitudes Questionnaire – ambulatory version* (SAQ-AV) que possui 62 itens sobre a cultura de segurança do paciente, com versões traduzidas, adaptadas e validadas para Noruega (BONDEVIK *et al.*, 2014b), Eslovênia (KLEMENC-KETIS *et al.*, 2017) e Holanda (SMITS *et al.*, 2018). Os respondentes avaliam cada item de acordo com uma escala *Likert* de cinco pontos e “não aplicável” também é opção de resposta. A versão holandesa possui 27 itens em 5 domínios: “percepção da gestão”, “satisfação no trabalho”, “clima de trabalho em equipe”, “clima de segurança” e “comunicação aberta” (SMITS *et al.*, 2018).

O *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) é um instrumento criado pela AHRQ em 2007, testado em mais de 200 consultórios médicos nos

Estados Unidos. Possui registros de versões no inglês (original), espanhol, português brasileiro e de Portugal e árabe. A versão original considera 38 itens em 10 dimensões da cultura de segurança do paciente, inclui perguntas sobre problemas de troca de informações com outras instituições e acesso aos cuidados, além de avaliar o consultório em 5 áreas da qualidade dos cuidados (SORRA *et al.*, 2016).

A versão americana do MOSPSC aplicada em Cleveland, Ohio e em 16 estados, considera 12 dimensões da cultura de segurança e uma classificação geral de segurança do paciente que possui cinco áreas da qualidade (HAGOPIAN *et al.*, 2012; GORMAN; O'MALLEY; FAGNAN, 2012).

A versão espanhola do MOSPSC foi validada em 2010, considera 12 dimensões do construto da cultura de segurança do paciente, sendo 6 delas específicas para as consultas de atenção ambulatorial. Também inclui duas perguntas de avaliação global da segurança do paciente e qualidade (TORIJANO-CASALENGUA *et al.*, 2013; ASTIER-PEÑA *et al.*, 2015). Em 2015, uma adaptação da ferramenta Excel® do questionário MOSPSC foi feita para permitir que as equipes de atenção primária da Espanha façam comparações confiáveis com outras realidades (SILVESTRE-BUSTO *et al.*, 2015).

Utilizando a versão adaptada e validada na Espanha, outro estudo traduziu essa versão do MOSPSC para o Árabe, para avaliação da cultura de segurança do paciente em ambientes de atenção primária de Al-Mukala, Iêmen. Nessa versão, foram excluídas duas dimensões “troca de informações com outros serviços e questões de segurança e qualidade do paciente” devido a alta taxa de não resposta. Assim, as 10 dimensões são formadas por 38 itens (WEBAIR *et al.*, 2015).

As versões para o português do MOSPSC foram feitas em Portugal e no Brasil. A versão de Portugal foi traduzida, adaptada, aplicada e validada no estudo realizado na Ilha da Madeira, com 483 questionários válidos, em 2016. A brasileira, realizada no Distrito Federal, aplicou o questionário para 37 profissionais da atenção básica (ORNELAS; PAIS; SOUSA, 2016; TIMM; RODRIGUES, 2016).

O MOSPSC foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil em 2016, com alfa de *Cronbach* foi de 0,95 e adotou o nome de “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária (TIMM; RODRIGUES, 2016). Em estudo recente, no interior do Estado de São Paulo, o MOSPSC foi aplicado para 240 profissionais de 32 centros de saúde da família (GALHARDI *et al.*, 2018).

A versão brasileira considerou o instrumento de avaliação original, constituído de 51 perguntas que medem 12 dimensões da segurança do paciente e incluem: comunicação aberta; comunicação sobre o erro; troca de informações com outros setores; processo de trabalho e padronização; aprendizagem organizacional; percepção geral da segurança do paciente e qualidade; apoio dos gestores na segurança do paciente; seguimento da assistência ao paciente; questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade; treinamento da equipe; trabalho em equipe; e pressão no trabalho e ritmo (TIMM; RODRIGUES, 2016).

A literatura mostra pequenas diferenças que envolvem o quantitativo de dimensões, nomenclatura e a interpretação dos dados. Cada versão do questionário MOSPSC apresenta um quantitativo de dimensões e itens adicionais ou desconsiderados. São 15 dimensões para o espanhol (ASTIER-PENÃ *et al.*, 2015; ROMERO; GONZÁLEZ; CALVO, 2017), 12 dimensões nas versões aplicadas no lêmén, Portugal e Brasil (WEBAIR *et al.*, 2015; ORNELAS; PAIS; SOUSA, 2016; GALHARDI *et al.*, 2018), 10 dimensões na versão americana (HICKNER *et al.*, 2015; FAMOLARO *et al.*, 2016; FAMOLARO *et al.*, 2018) e sete dimensões para outra versão espanhola (RODRÍGUEZ; CARVAJAL, 2018).

Foram observadas mudanças na nomenclatura das dimensões, devido ao processo de tradução e adaptação transcultural sofrida pelo questionário em vários contextos. Esse aspecto foi percebido principalmente nos estudos que utilizaram versões diferentes para o espanhol (ROMERO; GONZÁLEZ; CALVO, 2017; RODRÍGUEZ; CARVAJAL, 2018).

Com relação a interpretação dos dados, três análises diferentes foram encontradas. A mais comum é a interpretação da AHRQ, que considera pontos fortes e áreas de melhoria de acordo com o percentual de respostas positivas. A dimensão é considerada fortalecida quando 75% dos participantes respondem concordando nos itens redigidos positivamente ou discordando em itens redigidos negativamente (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

Uma interpretação adicional foi observada nos estudos que utilizaram o Índice Sintético de Segurança do Paciente (ISSP) como a média das pontuações de todas as perguntas que integram as dimensões. A pontuação varia de 1 a 5 e se considera como percepção positiva na dimensão quando a pontuação é > 3 . Em caso de pontuações ≥ 4 , se considera como percepção claramente positiva (ASTIER-PEÑA *et al.*, 2015; ROMERO; GONZÁLEZ; CALVO, 2017).

A terceira e última análise encontra foi de que uma dimensão é considerada forte se as respostas positivas estão acima de 75% ou se considera fraca quando as respostas negativas estão abaixo de 60% (RODRÍGUEZ; CARVAJAL, 2018). Ou ainda, respostas positivas com 75% ou mais, são fortalecidas e as áreas de melhoria são aquelas que apresentam 60% ou menos de respostas positivas, ou seja, o contrário da referência supracitada (WEBAIR *et al.*, 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, descritiva, do tipo *survey*. O delineamento transversal indica que os dados são coletados em um único momento. Os estudos descritivos têm como propósito observar, descrever e documentar aspectos de uma situação (POLIT; BECK, 2019).

As enquetes contêm informações sobre as ações, o conhecimento, as intenções e as opiniões das pessoas. Dentre os métodos empregados, os questionários autoadministrados são abordagens econômicas. As maiores vantagens são: flexibilidade e amplitude. Podem ser usadas com muitas populações, focar uma ampla variedade de tópicos e servir a muitos propósitos (POLIT; BECK, 2019).

3.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Teresina, capital do Piauí, que possui população estimada em 861.442 pessoas (IBGE, 2018). As UBS de Teresina são gerenciadas pela Fundação Municipal de Saúde (FMS), pessoa jurídica pública de direito privado vinculada à Secretaria Municipal de Finanças, com autonomia administrativa e financeira, que tem por objetivo o planejamento e a execução da política de saúde, desenvolvendo atividades integradas de prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde (FMS, 2015).

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica – DAB, em novembro de 2018, Teresina possui 263 equipes de estratégia de saúde da família (ESF) estão credenciadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). Em 2016, a ESF de Teresina apresentou a cobertura assistencial de 92,04%, alta cobertura justificada pelo fato de utilizar a ESF como modelo prioritário de atenção primária (FMS, 2017).

As UBS estão distribuídas em regionais de saúde (norte/centro, leste/sudeste e sul) e zona urbana e rural. Em consulta realizada no endereço eletrônico da FMS, em abril de 2017, a regional norte/centro 27 UBS, leste/sudeste 36 UBS e sul 29 UBS, conforme consulta realizada no endereço eletrônico da FMS em abril de 2017.

As UBS são a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo atendimento integral e gratuito, além de ações voltadas para promoção, prevenção,

diagnóstico, tratamento e reabilitação. As áreas de atuação são: saúde da mulher, da criança, mental, planejamento familiar, prevenção ao câncer, pré-natal, doenças crônicas (diabetes e hipertensão), curativos, inalação, vacinação, exames laboratoriais, tratamento odontológico e encaminhamento para especialista (BRASIL, 2017?).

É local prioritário de atuação das equipes de Atenção Básica (eAB), incluindo a ESF. Quando instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Estas unidades precisam de infraestrutura necessária a este atendimento, configurando um desafio, uma vez que o Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito (BRASIL, 2012a).

3.3 População e Amostra do Estudo

A população do estudo foi constituída por profissionais efetivos da FMS que estivessem inseridos na equipe multiprofissional (profissionais da saúde) e os profissionais da área de apoio (administrador, gerente e diretor administrativo), conforme o Quadro 3.

A amostra foi do tipo estratificada (por regionais de saúde). Esse tipo de amostragem requer um conhecimento prévio da natureza da população, pois ela é dividida em subgrupos disjuntos e homogêneos, denominados de estratos. Também permite obter estimativas com certo nível de precisão para subgrupos da população em estudo, fixando tamanhos de amostra de forma separada para cada grupo (TORRES, 2006).

A fórmula para determinação do tamanho da amostra (n) é dada por:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

p = Proporção de indivíduos que pertence à categoria que estamos interessados em estudar.

q = Proporção de indivíduos que não pertence à categoria que estamos interessados em estudar (q = 1 - p).

N= Tamanho da população
E = Margem de erro

Quadro 3. Quantitativo de Profissionais segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES em abril de 2017. Teresina-PI, Brasil.

QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS – CNES ABRIL/2017				
Profissionais	REGIONAIS DE SAÚDE			Total
	Leste/Sudeste	Norte/Centro	Sul	
Administrador	2	-	8	10
Agente Comunitário de Saúde	457	437	471	1365
Auxiliar de Enfermagem	3	10	24	37
Auxiliar de Enfermagem da ESF	39	61	46	146
Cirurgião Dentista Clínico Geral	-	-	1	1
Cirurgião Dentista da ESF	80	80	66	226
Diretor Administrativo	-		1	1
Enfermeiro	1	2	5	8
Enfermeiro da ESF	100	82	80	262
Fisioterapeuta Geral	2	2	2	6
Gerente de Serviços de Saúde	25	32	20	77
Médico da ESF	99	81	86	266
Médico Clínico/ Especialistas*	-	1	12	13
Nutricionista	1	2	2	5
Técnico de Enfermagem	33	36	35	104
Técnico de Enfermagem da ESF	67	29	38	134
Técnico em Saúde Bucal	1	-	-	1
Técnico em Saúde Bucal da ESF	18	3	2	23
TOTAL	928	858	899	2685

Fonte: Adaptado Fundação Municipal de Saúde, abril 2017.

Legenda: ESF = Estratégia de Saúde da Família. Especialistas* = Cardiologista, Dermatologista, Ginecologista e Obstetra, Oftalmologista, Oncologista Clínico, Pediatria e Psiquiatria.

O quadro abaixo apresenta o resultado do cálculo amostral dividido entre as regionais de saúde, assim também como a quantidade de UBS a ser pesquisada.

Quadro 4. Tamanho amostral de profissionais e UBS dividida entre regionais.

	População	Amostra
Profissionais		
Leste/sudeste	928	116
Norte/Centro	858	108
Sul	899	113
TOTAL	2685	337*
UBS		
Leste/sudeste	25	9
Norte/Centro	22	8
Sul	25	9
TOTAL	72	26

*Resultado do cálculo amostral

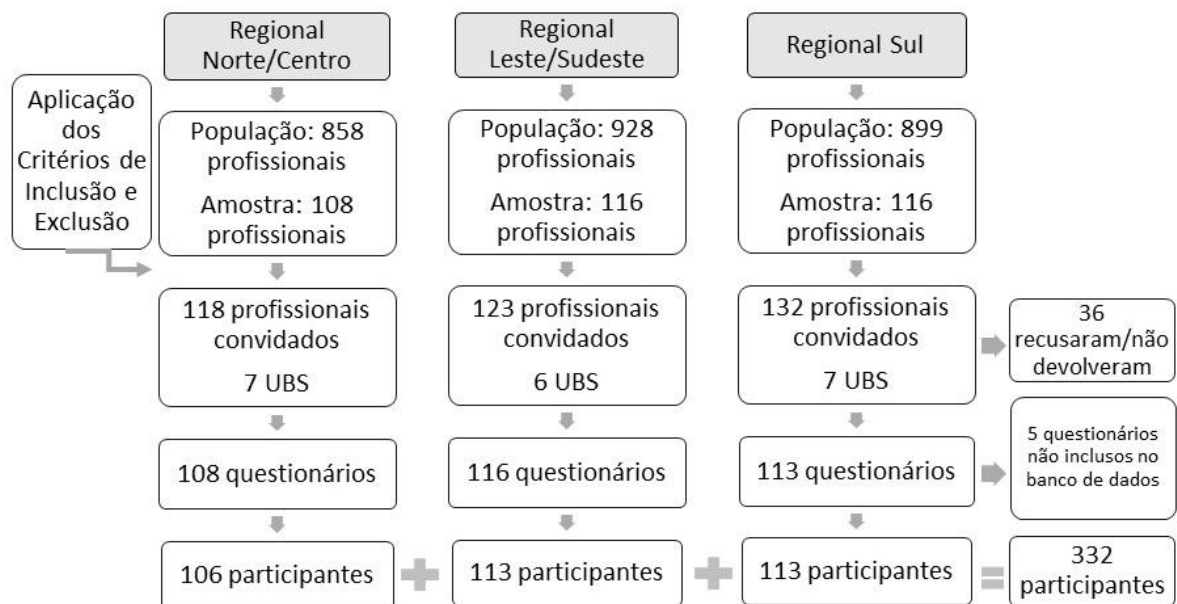
Os critérios de inclusão são: fazer parte da equipe multiprofissional ou área de apoio; estar em exercício das funções durante o tempo da coleta de dados; tempo de serviço superior seis meses no serviço (considerando que profissionais recém contratados foram chamados por processo seletivo em 2017, ou seja, não são efetivos) e trabalhar no mínimo 20 horas semanais.

Como critério de exclusão: profissionais que realizam trabalhos esporádicos no serviço, questionários completamente em branco ou com respostas apenas para o contexto demográfico, e os que fossem respondidos com as mesmas respostas em todos os itens (indicando que o profissional não prestou muita atenção no questionário), respeitando a recomendação do *Guide MOSPSC* (SORRA *et al.*, 2016).

A regional norte/centro possui 858 profissionais e nas sete UBS visitadas 118 profissionais foram convidados. Dos 118, 10 recusaram participar da pesquisa ou aceitaram participar e depois não devolveram o questionário. A regional leste/sudeste possui 928 profissionais e nas seis UBS visitadas 120 profissionais foram convidados a participar da pesquisa. Dos 120, sete recusaram ou não devolveram o questionário. A regional sul possui 899 profissionais e nas sete UBS visitadas, 132 profissionais foram convidados a participar da pesquisa. Dos 132, 19 recusaram a participar ou não devolveram o questionário.

Alguns profissionais aceitaram participar da pesquisa, porém não responderam à pesquisa durante o turno de trabalho, combinando com o pesquisador uma data de entrega. Isso ocasionou algumas perdas de questionários, mesmo as pesquisadoras realizando três tentativas de recolhimento do envelope.

A pesquisa encerrou a coleta de dados quando atingiu 337 questionários devolvidos (número correspondente ao da amostra calculada). Destes, cinco não foram incluídos no banco de dados, pois haviam instrumentos em branco (instrumento de caracterização da amostra) ou profissionais com tempo de trabalho inferior a seis meses na unidade básica pesquisada. A figura 2 mostra a população e a amostra dos participantes nas três regionais estudadas.



*Motivos de não inclusão dos cinco questionários: quatro são contrato por prazo determinado e um questionário em branco.

Figura 3. População e Amostra dos participantes das três regionais pesquisadas. Teresina-PI, Brasil, 2018.

A taxa de respostas do questionário é calculada seguindo o referencial da AHRQ proposto por Sorra *et al.* (2016):

$$\frac{\text{Número de questionários retornados} - \text{incompletos}}{\text{Número elegível de profissionais que receberam a pesquisa}}$$

Na pesquisa atual a taxa de resposta foi de 89%, o que implica uma alta taxa de respostas. Essa análise é importante porque as baixas taxas de resposta podem limitar capacidade de generalizar os resultados. Quanto maior a taxa de resposta,

mais confiante é a representação adequada de visualização dos profissionais e sua equipe sobre a cultura de segurança (SORRA *et al.*, 2016).

Quando comparada, a taxa de respostas da pesquisa atual mostrou-se equivalente ao banco de dados da AHRQ, onde a taxa de respostas do MOSPSC do questionário impresso foi de 83% em 2014, 78% em 2016 e 90% em 2018 (SORRA *et al.*, 2014; FAMOLARO *et al.*, 2016; FAMOLARO *et al.*, 2018).

3.4 Coleta de Dados

3.4.1 Medical Office Survey on Patient Safety Culture

Para realizar essa pesquisa, o questionário utilizado foi o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) elaborado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) em 2007. Os autores revisaram a literatura, inclusive utilizando questionários existentes relativos à segurança do paciente, relativa à segurança do paciente, qualidade dos serviços de saúde, medicina ambulatorial, erros de consultórios médicos, eventos relacionados à qualidade, relatórios de erros, clima e cultura de segurança e clima organizacional e cultura (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

O questionário foi testado com mais de 4.100 médicos e mais de 200 consultórios nos Estados Unidos. Foram consideradas as variações nos consultórios médicos como: número de funcionários, especialidade (atenção primária, outra especialidade ou multiespecialidade) e localização geográfica. Ao final, a confiabilidade e a estrutura fatorial dos compostos de cultura de segurança foram examinadas, resultando em propriedades psicométricas sólidas (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008). A missão da AHRQ é produzir evidências para tornar os cuidados de saúde mais seguros, com qualidade superior, mais acessíveis e equitativos.

A versão do MOSPSC utilizada pelo estudo foi traduzida e adaptada transculturalmente para o português brasileiro e validada por Timm; Rodrigues (2016), recebendo o nome “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”, realizada em três centros de saúde e uma clínica da família (unidade com oito equipes de saúde da família) de uma regional de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Foram entregues 52 questionários e devolvidos 37

respondidos. A análise do coeficiente alfa de Cronbach obteve o resultado de 0,95, expressando alta confiabilidade.

O estudo de tradução e adaptação transcultural do questionário MOSPSC recomendou a aplicação do instrumento em ampla escala na população-alvo com a finalidade de avaliar a validade do constructo e a realização da análise psicométrica (TIMM, 2015). O estudo obteve autorização da utilização do questionário MOSPSC traduzido e adaptado, conforme (ANEXO A).

O MOSPSC é utilizado para avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde apresentando alta confiabilidade. O tempo médio referido para responder o questionário é cerca de 10-15 minutos (SORRA *et al.*, 2016). Esse tempo de resposta foi comprovado na prática, porém alguns profissionais demoraram o dobro do tempo médio estipulado.

O Questionário MOSPSC é constituído por 52 itens, divididos em nove seções (A, B, C, D, E, F, G, H, I) agrupadas em 12 dimensões da Segurança do Paciente: trabalho em equipe; pressão no trabalho e ritmo; treinamento da equipe; processos de trabalho e padronização; comunicação aberta; seguimento da assistência ao paciente; comunicação sobre o erro; apoio dos gestores na segurança do paciente; aprendizagem organizacional; percepção geral sobre a segurança do paciente; questões relacionadas sobre segurança do paciente e qualidade; troca de informações com outros setores (SORRA *et al.*, 2016; TIMM, 2015).

A pesquisa inclui perguntas aos entrevistados sobre os problemas de troca de informações e sobre o acesso aos cuidados. Além disso, os entrevistados são solicitados a classificar seu consultório em cinco áreas de qualidade de atendimento (centradas no paciente, efetivas, oportunas, eficientes e equitativas) e fornecer uma avaliação geral da segurança do paciente.

O questionário conta com a avaliação global da qualidade e segurança do paciente e questões sobre a prática profissional. Dentre os itens propostos pelo MOSPSC, existem perguntas formuladas negativamente e que exigem um escore reverso para o cálculo das respostas. As 15 questões reversas são identificadas com a letra R após a numeração do respectivo item, são elas: C3, C6, C14, C10, C8, C12, D4, D10, D7, E1, E2, E4, F3, F4, F6 (SORRA *et al.*, 2016).

A maioria das 12 dimensões utilizam cinco opções de resposta: “discordo totalmente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”. Outros itens são respondidos com “nunca”, “raramente”, “às vezes”,

“quase sempre” e “sempre”. Para avaliação global da segurança do paciente a medida também sofre uma variação de cinco pontos: “ruim”, “razoável”, “bom”, “muito bom”, “excelente” (TIMM, 2015; TIMM; RODRIGUES, 2016).

Sobre os eventos que aconteceram no local de trabalho nos últimos 12 meses teve valor atribuído a: “diariamente”, “pelo menos uma vez na semana”, “pelo menos uma vez no mês”, “várias vezes nos últimos 12 meses”, “uma ou duas vezes nos últimos 12 meses”, “não aconteceu nos últimos 12 meses”. Sobre problemas relacionados à troca de informações as respostas podem variar entre: “problemas diariamente”, “problemas pelo menos uma vez na semana”, “problema pelo menos uma vez ao mês”, “vários problemas nos últimos 12 meses”, “um ou dois problemas nos últimos 12 meses”, “nenhum problema nos últimos 12 meses” (TIMM, 2015; TIMM; RODRIGUES, 2016).

3.4.2 Técnicas e Procedimentos

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018. Nesse período, todas as UBS receberam uma cópia impressa da autorização de pesquisa, concedida pela FMS, que foi entregue para os coordenadores responsáveis pela unidade. A estes, foram prestados os esclarecimentos quanto a pesquisa, a temática envolvida, o tempo de preenchimento dos questionários e se a abordagem das pesquisadoras interferia nos atendimentos dos profissionais.

Após essa primeira conversa, o coordenador era solicitado a apresentar a UBS para ambientação das pesquisadoras e apresentação de algum setor ou profissional para que fosse iniciada a coleta de dados. Percebeu-se ao longo da pesquisa que a conversa e aproximação com o coordenador trazia mais confiança aos profissionais para confirmar a participação.

No momento oportuno para a abordagem dos profissionais, as pesquisadoras primeiramente perguntavam se o profissional teria interesse em conversar sobre a pesquisa, em caso positivo, explicavam brevemente sobre o projeto até a realização do convite para participação. Os objetivos, a metodologia, o tempo de preenchimento do questionário e os benefícios da pesquisa foram esclarecidos.

Depois da anuência em participar do estudo, procedeu-se a entrega dos envelopes contendo: duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), um instrumento de caracterização do participante e o questionário. Os profissionais receberam instruções para preenchimento adequado do questionário.

Os instrumentos eram preenchidos preferencialmente no turno de trabalho do profissional e de acordo com a ordem dentro dos envelopes. Primeiro, o de caracterização dos participantes (aspectos sociodemográficos e conhecimentos sobre segurança do paciente) e em seguida o questionário MOSPSC. Os questionários foram preenchidos pelo próprio participante. Ao final, o participante entregava o envelope com os questionários preenchidos.

Os envelopes foram conferidos no intuito de entregar a via do TCLE para o participante, pois muitos acabavam esquecendo seu preenchimento ou a própria via, além de checar se todos os questionários foram devolvidos. Cada envelope recebeu uma codificação estabelecida pela pesquisadora: regional norte/centro (ZNC001–ZNC108); regional leste/sudeste (ZLS001-ZLS116) e regional sul (ZSU001 – ZSU113).

No decorrer da pesquisa percebeu-se que os profissionais que solicitavam a entrega do envelope no dia seguinte, não preenchiam o questionário causando perda de questionários ou recusa. Nesse caso, as pesquisadoras reforçaram nas próximas coletas a importância do preenchimento dos questionários no turno de trabalho.

3.4.3 Equipe de pesquisa

A coleta de dados contou com o auxílio de duas alunas da graduação em enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, que tiveram projetos de pesquisa por meio da Iniciação Científica Voluntária (ICV) com atuação desde a construção dos planos de trabalho da pesquisa e aplicabilidade do questionário.

Para a seleção das alunas, foi considerado primeiramente a afinidade com o tema e o interesse na pesquisa. Após essa triagem, o perfil acadêmico foi analisado resultando nas alunas escolhidas. A pesquisadora elaborou uma aula expositiva-dialogada para capacitação das alunas sobre o instrumento MOSPSC, o que ele avalia, composição do material a ser entregue aos participantes e técnicas de abordagem a população estudada.

As alunas foram acompanhadas pela pesquisadora durante o período da coleta de dados. Esse acompanhamento ocorreu da seguinte forma: cada aluna possuía

uma regional de saúde a ser trabalhada, a primeira visita na UBS selecionada por sorteio a pesquisadora acompanhava as alunas para o contato inicial.

No decorrer da coleta de dados foi realizado reuniões conforme necessidade, uma vez que os encontros da pesquisadora com as alunas ocorriam pelo menos uma vez por semana nas unidades. Assim, a coleta foi realizada nas três regionais de saúde simultaneamente, cumprindo o estabelecido no cronograma de execução da pesquisa.

3.4.4 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram agrupadas em três grupos: sociodemográfica e de prática profissional; conhecimento sobre segurança do paciente; e cultura de segurança do paciente (as dimensões e itens do questionário MOSPSC).

Considerou-se como variável dependente a cultura de segurança do paciente, as doze dimensões do questionário e o conhecimento sobre segurança do paciente. Como independentes as variáveis sociodemográfica e de prática profissional.

O Quadro 5 apresenta as variáveis sociodemográfica e de prática profissional e conhecimento sobre segurança do paciente conforme a variável, categorias e classificação. Da mesma forma, o Quadro 6 apresenta as variáveis referentes a cultura de segurança do paciente propostas pelo MOSPSC.

Quadro 5. Categorias e Tipos de Variáveis sociodemográficas, de prática profissional e de conhecimento sobre segurança do paciente utilizadas no estudo. Teresina-PI, Brasil, 2018.

Variáveis: sociodemográfica e de prática profissional		
Variáveis	Categorias	Classificação
Idade	Em anos	Quantitativa; contínua
Sexo	Masculino; Feminino	Qualitativa; nominal
Grau de Instrução	Ensino fundamental incompleto/completo; Ensino médio incompleto/completo; Superior incompleto/completo; Pós-graduação	Qualitativa; ordinal
Tempo de trabalho na Profissão	1 a 5 anos; 6 a 10 anos; 11 a 15 anos; 16 a 20 anos; 21 anos ou mais	Qualitativa; ordinal
Tempo de trabalho no Serviço	Há menos de 2 meses; De 2 meses a menos de 1 ano; De 1 ano a menos de 3 anos; De 3 anos a menos de 6 anos; De 6 anos a menos de 11 anos; Há 11 anos ou mais.	Qualitativa; ordinal
Quantas horas de trabalho	1 a 4 horas por semana; 5 a 16 horas por semana; 17 a 24 horas por semana; 25 a 32 horas por semana; 33 a 40 horas por semana; 41 horas por semana ou mais	Qualitativa; ordinal

Continua...

Continua...

Qual o cargo neste serviço	1 = Médico 2 = Enfermeiro 3 = Gerência 7 = Administrador 8 = Gerente de Enfermagem 9 = Gerente de Laboratório 4 = Equipe Administrativa 5 = Técnico de Enfermagem 6 = Outro pessoal clínico	Outro pessoal Clínico 10 = Técnico de Laboratório 11 = Técnico em Saúde Bucal 12 = Odontólogo 13 = Farmacêutico 14 = Assistente social 15 = Fisioterapeuta 16 = Psicólogo 17 = Agente Comunitário de Saúde 18 = Nutricionista 19 = Terapeuta ocupacional 20 = Outra função	Qualitativa; nominal
Variáveis: conhecimento sobre segurança do paciente			
Curso de Segurança do Paciente	Sim; Não		Qualitativa; nominal
Significado de Segurança do Paciente	Incidente que resulta em dano ao paciente; Comprometimento da estrutura ou função do corpo; Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário; evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou, em dano desnecessário ao paciente		Qualitativa; nominal
Existe segurança do paciente na atenção primária	Sim; Não		Qualitativa; nominal

Quadro 6. Categorias e Tipos de Variáveis das 12 Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente avaliadas pelo questionário *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* versão traduzida e adaptada para o Brasil. Teresina-PI, Brasil, 2018.

Variáveis: Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente		
Variável	Categorias	Classificação
1. Trabalho em Equipe		
C1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	1.Discordo totalmente; 2.Discordo; 3.Não concordo Nem discordo; 4.Concordo; 5.Concordo totalmente; 9.Não se aplica ou Não sei	Qualitativa; Nominal
C2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.		
C5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.		
C13. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.		
2. Pressão no Trabalho e Ritmo		
C3R. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	1.Discordo totalmente; 2.Discordo; 3.Não concordo Nem discordo; 4.Concordo; 5.Concordo totalmente; 9.Não se aplica ou Não sei	Qualitativa; Nominal
C6R. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.		
C11. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.		
C14R. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira.		

Continua...

Continua...

3. Treinamento da Equipe		
C4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	1.Discordo totalmente; 2.Discordo; 3.Não concordo Nem discordo; 4.Concordo; 5.Concordo totalmente; 9.Não se aplica ou Não sei	Qualitativa; Nominal
C7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.		
C10R. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.		
4. Processos de Trabalho e Padronização		
C8R. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	1.Discordo totalmente; 2.Discordo; 3.Não concordo Nem discordo; 4.Concordo; 5.Concordo totalmente; 9.Não se aplica ou Não sei	Qualitativa; Nominal
C9. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.		
C12R. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.		
C15. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.		
5. Comunicação Aberta		
D1. Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	1.Nunca; 2.Raramente; 3.Às vezes; 4.Quase sempre; 5.Sempre; 9. Não se aplica ou Não sei	Qualitativa; Nominal
D2. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.		
D4R. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.		
D10R. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.		
6. Seguimento da Assistência ao Paciente		
D3. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	1.Nunca; 2.Raramente; 3.Às vezes; 4.Quase sempre; 5.Sempre; 9. Não se aplica ou Não sei	Qualitativa; Nominal
D5. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.		
D6. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço		
D9. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.		
7. Comunicação sobre o erro		
D7R. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	1.Nunca; 2.Raramente; 3.Às vezes; 4.Quase sempre; 5.Sempre; 9. Não se aplica ou Não sei	Qualitativa; Nominal
D8. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.		
D11. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.		
D12. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.		
8. Apoio dos Gestores na Segurança do Paciente		
E1R. Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.	1.Discordo totalmente; 2.Discordo; 3.Não concordo Nem discordo; 4.Concordo; 5.Concordo totalmente; 9.Não se aplica ou Não sei	Qualitativa; Nominal
E2R. Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.		
E3. Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.		
E4R. Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.		

Continua...

Continua...

9. Aprendizagem Organizacional		
F1. Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.	1.Discordo totalmente; 2.Discordo; 3.Não concordo Nem discordo; 4.Concordo; 5.Concordo totalmente; 9.Não se aplica ou Não sei	Qualitativa; Nominal
F5. Este serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a quantidade do cuidado prestado.		
F7. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.		
10. Percepção Geral sobre Segurança do Paciente e Qualidade		
F2. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	1.Discordo totalmente; 2.Discordo; 3.Não concordo Nem discordo; 4.Concordo; 5.Concordo totalmente; 9.Não se aplica ou Não sei	Qualitativa; Nominal
F3R. Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveriam.		
F4R. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.		
F6R. Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.		
11. Questões Relacionadas à Segurança do Paciente		
A1. Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.	1.Diariamente; 2.Pelo menos uma vez na semana; 3.Pelo menos uma vez ao mês; 4.Várias vezes nos últimos 12 meses; 5.Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses; 6.Não aconteceu nos últimos 12 meses; 9.Não se aplica ou Não sei	Qualitativa; Nominal
A2. No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente.		
A3. O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário.		
A4. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.		
A5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.		
A6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.		
A7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.		
A8. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessários.		
A9. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.		
A10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.		

Continua...

Continua...

12. Troca de Informações com outros setores		
B1. Centro de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?	1.Problemas Diariamente; 2.Problemas pelo menos uma vez na semana; 3.Problemas pelo menos uma vez ao mês; 4.Vários problemas nos últimos 12 meses; 5.Um ou dois problemas nos últimos 12 meses; 6.Nenhum problema nos últimos 12 meses; 9.Não se aplica ou Não sei	Qualitativa; Nominal
B2. Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?		
B3. Farmácias?		
B4. Hospitais?		
B5. Outros? Por favor especifique		
Avaliação Global da Qualidade e Segurança do Paciente		
G1a. Centrado no paciente: é sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.	1.Ruim 2.Razoável 3.Bom 4.Muito bom 5.Excelente	Qualitativa; Nominal
G1b. Efetivos: é baseado no conhecimento científico.		
G1c. Pontual: minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.		
G1d. Eficiente: garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto dos serviços).		
G1e. Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de gênero, etnia, status socioeconômico, idioma, etc.		
G2. No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes.		

Fonte: Adaptado de Sorra *et al.* 2016; Timm, 2015; Marcelino, 2016.

3.5 Organização e Análise dos Dados

Inicialmente foi realizada dupla digitação dos questionários válidos da pesquisa, com finalidade de minimizar erro nessa etapa. Os dados foram tabulados e analisados no programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0.

Para a variável quantitativa, realizou-se a estatística descritiva da amostra através das frequências absolutas (n) e relativas, medidas de tendência central (média, valor mínimo e máximo) e medidas de dispersão (quartis e desvio padrão). A variável quantitativa ainda foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, para verificar a normalidade. Se o teste é não-significativo ($p > 0,05$), os dados têm distribuição normal. Por outro lado, se o teste é significativo ($p < 0,05$), a distribuição em questão é não-normal (FIELD, 2009).

Os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher foram utilizados para verificar associação estatística entre as variáveis com as regionais. A análise da confiabilidade do questionário foi realizada por meio da verificação da consistência

interna das dimensões através do alfa de Cronbach. Essa análise foi aplicada para cada dimensão e para o instrumento como um todo. O coeficiente de confiabilidade de *Alfa de Cronbach* normalmente varia entre 0 e 1. No entanto, não há limite inferior para o coeficiente, assim, quanto mais próximo de 1 (um), maior será a consistência interna dos itens da escala (GLIEM; GLIEM, 2003).

Quadro 6. Valores de Alfa de Cronbach e Confiabilidade. Teresina-PI, Brasil, 2018.

Valor de Alfa	Confiabilidade
> 0,9	Excelente
0,8 - 0,9	Bom
0,7 - 0,8	Aceitável
0,6 - 0,7	Questionável
0,5 - 0,6	Fraco
< 0,5	Inaceitável

Fonte: Adaptado de George e Mallery (2003).

Como os dados não apresentaram normalidade, utilizou-se a correlação de Spearman para relacionar as dimensões do questionário MOSPSC. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

Para apresentação dos resultados utilizou-se tabelas e gráficos. Para análise e interpretação dos resultados, foi seguida a metodologia do instrumento original proposto pela AHRQ. O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva quanto à cultura de segurança do paciente, identificando as áreas fortes nas UBS de cada regionais. O instrumento possui questões formuladas positivamente e negativamente (itens reversos) para as questões que compõem as dimensões, sendo recodificadas. A figura 2 explica como devem ser interpretados os percentuais nas dimensões.

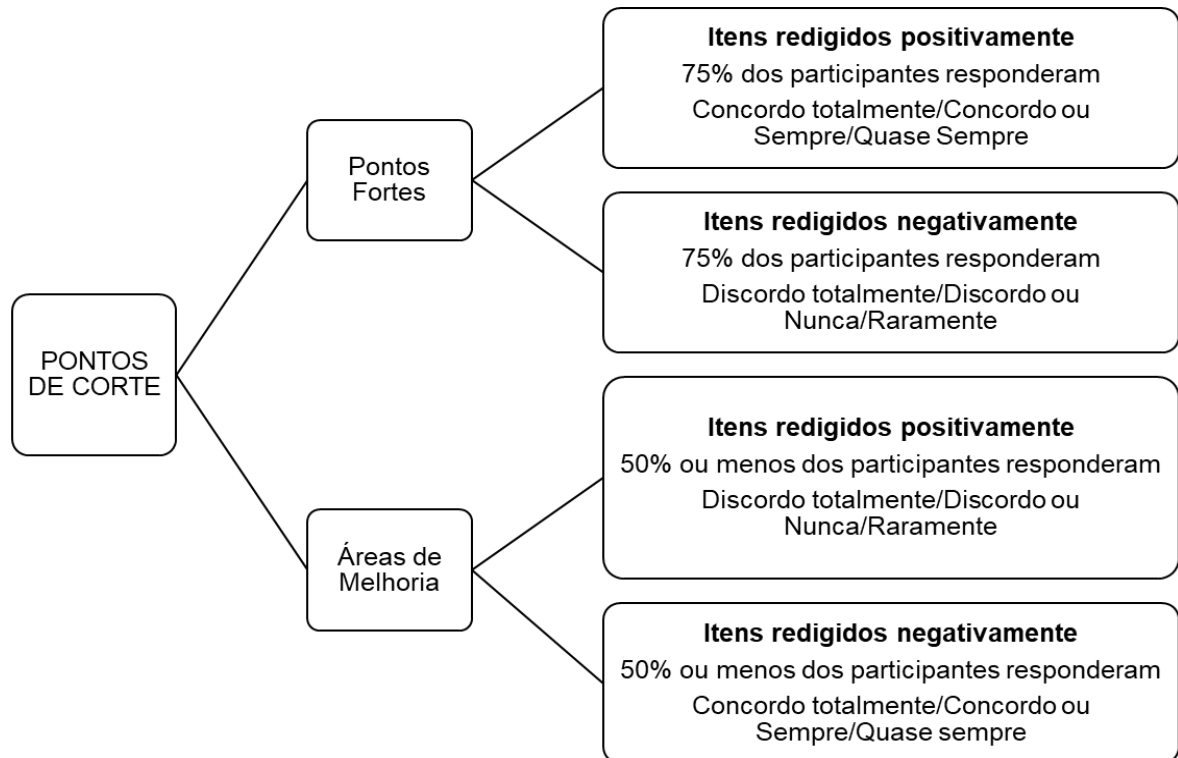


Figura 4. Pontos de corte para percentuais das dimensões do questionário MOSPSC. Teresina-PI, Brasil, 2018.

O percentual de corte para áreas que precisam de melhorias é menor, porque se metade dos entrevistados não está expressando opiniões positivas sobre um problema de segurança, provavelmente é necessário melhorar (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

Para calcular a frequência de resposta para cada item de pesquisa, o ideal é combinar as duas categorias de respostas mais baixas (“Discordo totalmente/Discordo”, “Nunca/Raramente”) e duas categorias de respostas mais altas (“Concordo Totalmente/Concordo”, “Quase sempre/Sempre”). Os pontos médios da escala são relatados numa categoria separada (“não concordo nem discordo”, “às vezes”). Além disso, os itens possuem “não se aplica ou não sei”, e estas devem ser excluídas ao exibir porcentagens de respostas aos itens da pesquisa (SORRA *et al.* 2016).

Para as seções A e B, que contêm escalas de frequência de 6 pontos, devem ser calculados agrupando dessa forma: “não aconteceu nos últimos 12 meses”/“Uma ou duas vezes nos últimos meses”/“várias vezes nos últimos 12 meses” ou “Nenhum problema nos últimos 12 meses”/“Um ou dois problemas nos últimos 12 meses”/“Vários problemas nos últimos 12 meses pelo menos uma vez ao mês”. Os percentuais “negativo ou neutro” não serão calculados nessas seções. A seguir, no

quadro 7 são simplificados os dados referentes as categorias positivas, negativas e neutras (SORRA *et al.* 2016).

Quadro 7. Níveis de respostas e categorias negativas, neutras e positivas do questionário MOSPSC. Teresina-PI, Brasil, 2018.

Níveis de Respostas	Categorias
Discordo totalmente/Nunca	Negativo
Discordo/Raramente	
Diariamente/Pelo menos uma vez na semana	
Problemas diariamente/Problemas pelo menos uma vez na semana	Neutro
Não concordo nem discordo/às vezes	
Pelo menos uma vez ao mês/Problema pelo menos uma vez ao mês	Positivo
Concordo/Quase sempre	
Concordo totalmente/Sempre	
Não aconteceu nos últimos 12 meses	
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	
Várias vezes nos últimos 12 meses	
Nenhum problema nos últimos 12 meses	
Problemas várias vezes nos últimos 12 meses	
Problemas uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	

Fonte: adaptado Sorra *et al.* (2016) e Marcelino (2016).

O questionário MOSPSC conta ainda com a “Seção I – Seus comentários” faz a seguinte proposição “Por favor sinta-se à vontade para fazer os comentários que você queira sobre segurança e qualidade assistencial no serviço onde você trabalha”. Os comentários relevantes realizados pelos participantes da pesquisa foram digitados, e após leitura, selecionados e categorizados para discussão de pontos importantes envolvendo a temática.

A análise dos dados expressos pelos participantes na Seção I do questionário MOSPSC, foi realizada considerando a análise de conteúdo qualitativo, que segundo Polit e Beck (2019) envolve analisar o conteúdo dos dados narrativos para identificar temas proeminentes e padrões entre os temas. A análise de conteúdo qualitativo envolve a quebra de dados em pequenas unidades, codificando-as e nomeando-as de acordo com o conteúdo que representam e o material codificado agrupado baseado em conceitos partilhados.

A análise de conteúdo pode ser expressando o conteúdo manifesto, que é o que o texto realmente afirma, e o conteúdo latente onde é feita uma análise sobre o que o texto versa, as interpretações podem variar em profundidade e nível de abstração (POLIT; BECK, 2019).

3.6 Aspectos Éticos Legais

A pesquisa foi encaminhada para análise da comissão de ética da Fundação Municipal de Saúde para fins de obtenção da carta de autorização da pesquisa. Após essa etapa, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí e aprovado em agosto/2017 sob o parecer nº 2.216.556 e CAAE 72543317.8.0000.5214, atendendo ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) no que diz respeito a pesquisa com seres humanos.

A realização do estudo foi mediante a concordância do pesquisado por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possam ocorrer, de acordo com a Resolução 466/2012. Foram preenchidas as duas vias do TCLE e uma delas entregue ao participante da pesquisa. A outra ficou sob responsabilidade da pesquisadora. O anonimato dos participantes ficou preservado, sendo assegurada durante a leitura do TCLE a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa (BRASIL, 2012b).

Os profissionais foram informados da possibilidade de recusar participação na pesquisa em qualquer momento, sem penalidades ou perda de benefícios. Os profissionais também estavam cientes de que qualquer dúvida sobre o preenchimento do questionário, poderiam ficar à vontade para realizarem perguntas a pesquisadora.

A pesquisa apresentou risco psicológico mínimo uma vez que o profissional poderá se sentir receoso ao responder questões referentes a unidade em que trabalha. Para contornar esse risco, a pesquisadora adotou como estratégia os esclarecimentos sobre a pesquisa.

PÁGINAS SUPRIMIDAS

66 a 177